

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ
ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: Κατάθλιψη, Πνευματικότητα και Στίγμα σε γονείς με
παιδιά με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες

Αικατερίνη Στεργιούλη
A. M.: 83

Μέλη τριμελούς:

Κλεφτάρας Γεώργιος (επιβλέπων, Καθηγητής)
Βαβουγιός Διονύσιος (Καθηγητής)
Βλάχου Αναστασία (Καθηγήτρια)

Βόλος, Ιούνιος 2017

Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής

Η Αικατερίνη Στεργιούλη γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Κατάθλιψη, Πνευματικότητα και Στίγμα σε γονείς με παιδιά με αναπηρίες» αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή / και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/-ΟΥΣΑ

[Αικατερίνη Στεργιούλη]

Περίληψη

Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, οι γονείς παιδιών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες εμφανίζουν έντονη συναισθηματική επιβάρυνση λόγω της αναπηρίας, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν συχνά καταθλιπτική συμπτωματολογία. Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί αν τα υψηλά ή χαμηλά επίπεδα πνευματικότητας και στίγματος, που μπορεί να εμφανίσουν οι γονείς παιδιών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, συνδέονται με τα αντίστοιχα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Οι στόχοι, λοιπόν, της έρευνας είναι η μελέτη των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας, που είναι η αυτοεκτιμώμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία, η πνευματικότητα και το στίγμα δεσμού καθώς και η διερεύνηση των μεταβλητών αυτών σε σχέση με τους παράγοντες του φύλου, του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος, του είδους της αναπηρίας του παιδιού και της ύπαρξης ή όχι υποστήριξης από τον/την σύζυγο. Η έρευνα μας είναι μια συγχρονική ποσοτική μελέτη που έγινε σε δείγμα 101 γονέων παιδιών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες από τον Νομό Λάρισας. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι τα εξής: η Κλίμακα της Υπερβατικότητας, το Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμώμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας και η Κλίμακα Στίγματος Δεσμού. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι γονείς με υψηλά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας παρουσίασαν και υψηλά επίπεδα στίγματος δεσμού. Επίσης, αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της πνευματικότητας, και του στίγματος δεσμού. Συμπερασματικά, τα ευρήματα της έρευνας αυτής κατέδειξαν την αναγκαιότητα για συμβουλευτική στήριξη των γονέων για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης αλλά και το επιπλέον ψυχικό φορτίο του κοινωνικού στιγματισμού.

Λέξεις κλειδιά: κατάθλιψη, πνευματικότητα, στίγμα, αναπηρία, γονείς

Abstract

According to previous surveys the parents of children with disabilities or/and special educational needs show an intense emotional burden due to the disability, resulting to depressive symptomatology. The purpose of the particular research is to look into whether the high or low levels of spirituality and social stigma, which the parents of children with disabilities or/and special educational needs may exhibit, are connected to the respective levels of depressive symptomatology. Thus, the research aims at studying the correlations of the research variables that are the self-estimated depressive symptomatology, the spirituality and the social stigma, but also aims at looking the particular variables according to gender, monthly family income, type of disability and existence or lack of support on behalf of the spouse. Our research is a descriptive quantitative study that sampled 101 parents of children with disabilities from Larisa County. The questionnaires that have been used are the following: the Questionnaire of Self Evaluated Depressive Symptomatology, the Spiritual Transcendence scale and the Affiliate Stigma Scale. According to results parents showing high levels of depressive symptomatology also show high levels of social stigma. Moreover, a negative correlation was found between spirituality and social stigma. In conclusion, the findings of the study establish the necessity for parental counseling in order to face depression symptoms and the additional psychological burden caused by the social stigma.

Key words: depression, affiliate stigma, spirituality, disability, parents

Εκτενής περίληψη

Μέσα από τα βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε έγινε, φανερό ότι μεγάλο ποσοστό των γονέων παιδιών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία λόγω των αυξημένων προκλήσεων και των ψυχοπιεστικών παραγόντων που καλούνται να αντιμετωπίσουν με την ανατροφή ενός παιδιού με αναπηρίες. Ένας από τους ψυχοπιεστικούς παράγοντες είναι το στίγμα δεσμού, που ως έννοια αναφέρεται στην εσωτερίκευση του στίγματος, που φέρουν τα παιδιά με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, από τους γονείς τους καθώς και στις ψυχολογικές αντιδράσεις των γονέων εξαιτίας του αυτοστιγματισμού τους. Εντούτοις, οι γονείς που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα πνευματικότητας, φαίνεται ότι έχουν καλύτερη ψυχική υγεία καθώς η πνευματικότητα μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας ψυχικής ανθεκτικότητας.

Ο βασικός σκοπός της έρευνας αυτής, είναι η διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των παραγόντων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της πνευματικότητας και του στίγματος δεσμού σε πληθυσμό γονέων παιδιών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Κάποιες από τις πιο σημαντικές ερευνητικές υποθέσεις που διατυπώθηκαν είναι οι εξής: α) Η υπερβατικότητα (ικανοποίηση από την προσευχή, συνδετικότητα, καθολικότητα) και το στίγμα δεσμού στους γονείς παιδιών με αναπηρίες σχετίζονται αρνητικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία που παρουσιάζουν. β) Η υπερβατικότητα (καθολικότητα, συνδετικότητα, ικανοποίηση από τη προσευχή) στους γονείς παιδιών με αναπηρίες σχετίζεται αρνητικά με το στίγμα δεσμού που βιώνουν. γ) Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο, τα είδη της αναπηρίας του παιδιού, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία των γονέων, την ηλικία των παιδιών και το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα σε σχέση με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, της υπερβατικότητας και του στίγματος δεσμού.

Για αυτή την περιγραφική έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συμπτωματικής δειγματοληψίας μέσα από ένα τυχαίο δείγμα ευχέρειας ενώ συμμετείχαν 101 γονείς παιδιών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα παρακάτω ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το

ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμώμενης Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, η κλίμακα της Υπερβατικότητας και η κλίμακα Στίγματος Δεσμού. Πέρα από τις κλίμακες αυτές, υπήρχε και ένα σύντομο επιπρόσθετο ερωτηματολόγιο, στο οποίο συμπεριλαμβανόταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση, η διαμονή, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, η ύπαρξη παιδιών, η αναπηρία που αντιμετωπίζει το κάθε παιδί και η ύπαρξη υποστήριξης από τον/την σύζυγο.

Για την διερεύνηση των ερευνητικών μας υποθέσεων πραγματοποιήθηκε συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της αυτοεκτιμώμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τους παράγοντες της πνευματικότητας και του στίγματος με το εργαλείο συσχέτισης του Spearman. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι γονείς με υψηλά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας παρουσίασαν και υψηλά επίπεδα στίγματος δεσμού. Επίσης, παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του επιμέρους παράγοντα της υπερβατικότητας, της συνδετικότητας με το στίγμα δεσμού. Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία, πραγματοποιήθηκε σύγκριση τάξεων μεγεθών με τη χρήση Kruskal- Wallis (H) και έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων μέσω του εργαλείου Mann-Whitney για κάθε μεταβλητή ξεχωριστά αναφορικά με τους παράγοντες της πνευματικότητας, της αυτοεκτιμώμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του στίγματος δεσμού. Μέσω των στατιστικών αναλύσεων, έγινε φανερό ότι οι γυναίκες παρουσίασαν μεγαλύτερα επίπεδα υπερβατικότητας σε σχέση με τους άνδρες και ότι οι γονείς που δεν λάμβαναν υποστήριξη από τον σύζυγο τους, σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε σχέση με αυτούς που λάμβαναν. Επιπλέον, όσο μειωνόταν το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα τόσο μεγαλύτερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας εμφάνιζαν οι γονείς ενώ αναφορικά με το στίγμα δεσμού συνέβη το αντίθετο, με τα επίπεδα του στίγματος να μειώνονται.

Τέλος, τα ευρήματα της έρευνας αποτελούν μια προσπάθεια ερμηνείας των όσων βιώνουν σε ψυχολογικό επίπεδο οι γονείς παιδιών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και καταδεικνύουν το πόσο αναγκαίο είναι για τους γονείς να λάβουν συμβουλευτική υποστήριξη για να αντιμετωπίσουν το γεγονός της αναπηρίας και τα αρνητικά συναισθήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα, αρχικά, να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Γ. Κλεφτάρα για την καθοδήγηση, την υποστήριξη και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε κατά τη διάρκεια της συνεργασίας μας, για την συγγραφή της παρούσας έρευνας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Κ. Γιώτα για την καθοδήγηση και την βοήθεια που μου προσέφερε στο κομμάτι των στατιστικών αναλύσεων. Ευχαριστώ ακόμη την κ. Α. Παπαγεωργίου, που με πρότρεψε να κάνω αίτηση στο ΠΜΣ: Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, Εκπαίδευση και την Υγεία και με στήριξε τόσο κατά τη διάρκεια των σπουδών μου όσο και κατά τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, που με στήριξαν και στάθηκαν δίπλα μου σε όλη αυτή την προσπάθεια.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	σελ. 11
Κεφάλαιο 1ο: Εννοιολογικές προσεγγίσεις και βιβλιογραφική ανασκόπηση	
1. Στίγμα.....	σελ. 14
1.1 Εννοιολογικός ορισμός του στίγματος σύμφωνα με τον E. Goffman.....	σελ. 14
1.2 Εννοιολογικός ορισμός του στίγματος σύμφωνα με άλλους ερευνητές.....	σελ. 16
1.3. Στίγμα και οικογένεια παιδιού με αναπηρίες.....	σελ. 19
2. Πνευματικότητα.....	σελ. 22
2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της πνευματικότητας.....	σελ. 22
2.2. Πνευματικότητα και γονείς παιδιών με αναπηρίες.....	σελ. 25
2.3. Πνευματικότητα και Στίγμα.....	σελ. 26
3. Κατάθλιψη.....	σελ. 27
3.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός της κατάθλιψης.....	σελ. 27
3.2. Κατάθλιψη και γονείς παιδιών με αναπηρίες.....	σελ. 29
3.3. Κατάθλιψη και πνευματικότητα.....	σελ. 34
3.4. Κατάθλιψη και στίγμα.....	σελ. 36
4. Ερευνητικές υποθέσεις	σελ. 39
Κεφάλαιο 2ο: Μεθοδολογία	
1. Συμμετέχοντες/ουσες της έρευνας.....	σελ. 41
2. Ψυχομετρικά εργαλεία.....	σελ. 45
2.1. Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμώμενης Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.....	σελ. 45
2.2. Κλίμακα υπερβατικότητας.....	σελ. 46
2.3. Κλίμακα Στίγματος Δεσμού.....	σελ. 47
3. Διαδικασία-Συλλογή υλικού	σελ. 49
Κεφάλαιο 3ο: Αποτελέσματα	
1. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	σελ. 50
2. Έλεγχος κανονικότητας κλιμάκων.....	σελ. 51
3. Σχέση μεταξύ της υπερβατικότητας, της αυτοεκτιμώμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του στίγματος δεσμού.....	σελ. 51
4. Διαφορές μεταξύ Ανδρών και Γυναικών ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την πνευματικότητα και το στίγμα δεσμού.....	σελ. 52
5. Διαφορές μεταξύ της ύπαρξης και μη υποστήριξης από τον άλλο γονέα ως προς	

την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την πνευματικότητα και το στίγμα δεσμού.....σελ.	53
6. Διαφορές μεταξύ των ειδών αναπηρίας ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού.....	σελ. 56
6.1 Είδη αναπηρίας και καταθλιπτική συμπτωματολογία.....	σελ. 56
6.2 Είδη αναπηρίας και υπερβατικότητα.....	σελ. 56
6.3 Είδη αναπηρίας και στίγμα δεσμού.....	σελ. 57
7. Διαφορές μεταξύ των τύπων οικογενειακής κατάστασης ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού..σελ.	60
7.1 Τύποι οικογενειακής κατάστασης και καταθλιπτική συμπτωματολογία.....σελ.	60
7.2 Τύποι οικογενειακής κατάστασης και υπερβατικότητα.....σελ.	60
7.3 Τύποι οικογενειακής κατάστασης και στίγμα δεσμού.....	σελ. 61
8. Διαφορές μεταξύ των ειδών διαμονής ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού.....	σελ. 62
8.1 Είδη διαμονής και καταθλιπτική συμπτωματολογία.....σελ.	63
8.2 Είδη διαμονής και υπερβατικότητα.....σελ.	63
8.3 Είδη διαμονής και στίγμα δεσμού.....	σελ. 63
9. Διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των γονέων ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού.....σελ.	66
9.1 Ηλικία γονέων και καταθλιπτική συμπτωματολογία.....σελ.	66
9.2 Ηλικία γονέων και υπερβατικότητα.....	σελ. 66
9.3 Ηλικία γονέων και στίγμα δεσμού.....	σελ. 67
10. Διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των παιδιών ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και του στίγμα δεσμού.....σελ.	69
10.1 Ηλικία παιδιών και υπερβατικότητα.....σελ.	69
10.2 Ηλικία παιδιών και στίγμα δεσμού.....	σελ. 69
11. Διαφορές μεταξύ του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος των γονέων ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού.....σελ.	72
11.1 Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και καταθλιπτική συμπτωματολογία.....σελ.	72
11.2 Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και υπερβατικότητα.....σελ.	72
11.3 Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και στίγμα δεσμού.....	σελ. 72
12. Σχέσεις μεταξύ της εκπαίδευσης των γονέων και του αριθμού των παιδιών ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού.....σελ.	75

12.1 Εκπαίδευση και καταθλιπτική συμπτωματολογία, υπερβατικότητα και στίγμα δεσμού.....	σελ. 75
12.2 Αριθμός παιδιών και καταθλιπτική συμπτωματολογία, υπερβατικότητα και στίγμα δεσμού.....	σελ. 75
13. Προβλεπτικοί παράγοντες της αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.....	σελ. 77
Κεφάλαιο 4 ^ο : Συζήτηση – Συμπεράσματα-Περιορισμοί της έρευνας.....	σελ. 80
Κεφάλαιο 5 ^ο :Επιπτώσεις της έρευνας-Προτάσεις.....	σελ. 86
Βιβλιογραφία.....	σελ.88
Παράρτημα Α.....	σελ. 99
Παράρτημα Β.....	σελ. 110

Εισαγωγή

Η γέννηση ενός παιδιού με αναπηρίες καθώς και η στιγμή της διάγνωσης είναι από τις πιο δύσκολες και επώδυνες εμπειρίες για τους γονείς. Καλούνται να αλλάξουν την εικόνα του παιδιού που είχαν ονειρευτεί και να προσαρμόσουν την ζωή και την καθημερινότητα τους στις ανάγκες και στις ιδιαιτερότητες του παιδιού τους (Aarons & Gittens, 1999). Η αναπηρία του παιδιού πολλές φορές προκαλεί μια σειρά αρνητικών συναισθημάτων στους γονείς, επιβαρύνοντας και δυσχεραίνοντας τη ψυχική τους υγεία. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, οι γονείς παιδιών με αναπηρίες τείνουν να εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (Olsson & Hwang, 2001, Gallagher & Hannigan, 2014. Ένας παράγοντας που συντελεί στην αύξηση των καταθλιπτικών τους συμπτωμάτων είναι το στίγμα δεσμού. Εννοιολογικά, το στίγμα δεσμού αναφέρεται στην εσωτερίκευση του στίγματος που φέρει το παιδί με αναπηρία από τους γονείς του και στις ψυχολογικές αντιδράσεις τους λόγω του αυτοστιγματισμού τους (Mak & Cheung, 2008). Παρατηρείται, λοιπόν, ότι οι γονείς που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα στίγματος δεσμού, εμφανίζουν και υψηλά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Micheson, 2001, Green, 2007, Ma & Mak, 2016).

Από την άλλη, η πνευματικότητα φαίνεται να επιδρά ευεργετικά στην ψυχική υγεία των γονέων παιδιών με αναπηρίες, ενισχύοντας την ψυχική τους ανθεκτικότητα (Skinner, Correa, Skinner, & Bailey, 2001, Salkas, Magaña, Marques, & Mirza, 2016). Κατά τον Piedmont, η πνευματικότητα ορίζεται ως μια γνωστική διεργασία που ως απώτερο στόχο έχει την παροχή ερμηνείας και απόδοσης νοήματος στην ανθρώπινη ύπαρξη, λαμβάνοντας υπόψη αναπόφευκτα το εφήμερο της ζωής (Piedmont, 2001). Η βιβλιογραφική ανασκόπηση κατέδειξε την ύπαρξη αρνητικής συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων της πνευματικότητας και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Skinner, Correa, Skinner, & Bailey, 2001, Hastings & Taunt, 2002, Schwartz & Tsumi, 2003, Duvdevany & Vudinsky, 2005, Sira, Desai, Sullivan & Hannon, 2014, Salkas, Magaña, Marques, & Mirza, 2016), με ένα μικρό αριθμό ερευνών να υποστηρίζει το αντίθετο (Pargament, Koenig & Perez, 2000, Gallagher, Phillips, Lee, & Carroll, 2015). Επίσης, δε φαίνεται να έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες αναφορικά με την μελέτη των παραγόντων της

πνευματικότητας και του στίγματος δεσμού στον πληθυσμό των γονέων παιδιών με αναπηρίες.

Με βάση τα παραπάνω, σκοπός τη μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των παραγόντων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της υπερβατικότητας και του στίγματος δεσμού σε πληθυσμό γονέων παιδιών με αναπηρίες. Επίσης, θα μελετηθούν οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας και των παραγόντων του φύλου, του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος, του είδους της αναπηρίας του παιδιού και της ύπαρξης ή όχι υποστήριξης από τον/την σύζυγο.

Η έρευνα μας είναι μια συγχρονική ποσοτική μελέτη που έγινε σε δείγμα 101 γονέων παιδιών με αναπηρίες από τον Νομό Λάρισας. Για την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν, πραγματοποιήθηκε αρχικά παραγοντική ανάλυση των ψυχομετρικών εργαλείων (καταθλιπτική συμπτωματολογία, πνευματικότητα, στίγμα δεσμού). Έπειτα, για την διερεύνηση των ερευνητικών μας υποθέσεων πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τους παράγοντες της πνευματικότητας και του στίγματος με το εργαλείο συσχέτισης του Spearman. Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία, πραγματοποιήθηκε σύγκριση τάξεων μεγεθών με τη χρήση Kruskal- Wallis (H) και έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων μέσω του εργαλείου Mann-Whitney.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε τέσσερα κεφάλαια, εκ των οποίων στο πρώτο γίνεται μια πρώτη επαφή του αναγνώστη με τις έννοιες και τις μεταβλητές της έρευνας, παραθέτοντας ορισμούς και άλλες πληροφορίες, με σκοπό στην αποσαφήνιση των εννοιών της έρευνας. Στη συνέχεια, ακολουθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση των συσχετίσεων των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται, όπως αυτές παρατίθενται σε προγενέστερες έρευνες. Στο τέλος του κεφαλαίου, διατυπώνονται οι ερευνητικές μας υποθέσεις, με βάση τις οποίες θα πραγματοποιηθούν οι στατιστικές μας αναλύσεις. Στο δεύτερο κεφάλαιο υπάρχει η μεθοδολογία, όπου εξηγούνται οι ερευνητικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν, ο τρόπος και η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, τα χαρακτηριστικά του δείγματός, καθώς και τα ψυχομετρικά εργαλεία με τα οποία συλλέχθηκαν τα δεδομένα. Το τρίτο κεφάλαιο περιγράφει αναλυτικά τη διαδικασία που ακολουθήθηκε για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων. Στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται όλα τα συμπεράσματά

μας, στηριζόμενοι στα αποτελέσματα που συλλέχθηκαν σε σχέση με τις ερευνητικές μας υποθέσεις και τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών. Τέλος, γίνεται αναφορά στους περιορισμούς της έρευνας καθώς και σε προτάσεις για μελλοντικές έρευνες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως προεκτάσεις του συγκεκριμένου θέματος.

Κεφάλαιο 1ο: Εννοιολογικές προσεγγίσεις και βιβλιογραφική ανασκόπηση

1. Στίγμα

1.1. Εννοιολογικός ορισμός του στίγματος σύμφωνα με τον E. Goffman

Οι αρχαίοι Έλληνες με τον όρο στίγμα απέδιδαν τη σημασία και την κοινωνική διάσταση, που είχαν τα σημάδια του ανθρώπινου σώματος. Ειδικότερα, σημάδια όπως ουλές ή καψίματα, τα οποία προκαλούσε ηθελημένα το κοινωνικό σύνολο στο άτομο, φανέρωναν ότι ο φορέας τους ήταν είτε δούλος είτε εγκληματίας ή προδότης ενώ το κηλιδωμένο πρόσωπο δήλωνε ότι το άτομο ήταν «τελετουργικά μολυσμένο» και γι' αυτό θα έπρεπε να αποφεύγεται η επαφή μαζί του στους δημόσιους χώρους. Αποτελούσαν, δηλαδή, σημάδια διαπόμπευσης και φανέρωναν ότι το άτομο που τα φέρει παρουσιάζει μια ανήθικη και «μιαρή» συμπεριφορά (Goffman, 1963).

Σύμφωνα με τη Δ. Μακρυνιώτη, στο έργο του Goffman η έννοια του στίγματος αποτελεί μια κοινωνική κατασκευή, καθώς το κοινωνικό σύνολο εντάσσει το άτομο σε κατηγορίες, οι οποίες διαφοροποιούνται με βάση τα ατομικά γνωρίσματα που αξιολογούνται είτε ως φυσιολογικά και συνήθη είτε ως αφύσικα και απαξιωτικά. Τα άτομα που παρεκκλίνουν από τα κοινωνικά κανονιστικά πρότυπα σε σχέση με την κοινωνική τάξη, τη φυλή, τη θρησκεία, την εθνότητα, το φύλο κ.α., στιγματίζονται ενώ το μέγεθος του στιγματισμού εξαρτάται από το πόσο η απόκλιση γίνεται αντιληπτή και από το πως αξιολογείται κοινωνικά.

Το στίγμα μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε τρεις τύπους, όπου στον πρώτο ανήκουν οι σωματικές δυσμορφίες, σημάδια και αφορούν την εξωτερική εμφάνιση. Στη κατηγορία αυτή ανήκουν τα άτομα που παρουσιάζουν αναπηρίες και καταπατούν τα κοινωνικά κριτήρια σε σχέση με την αρτιμέλεια ενώ συγχρόνως μειονεκτούν απέναντι σε καθορισμένα κριτήρια δεξιότητας που επιβάλλει η κοινωνία των «φυσιολογικών». Ο δεύτερος τύπος αφορά τις εσωτερικές λειτουργίες (φυσικές και νοητικές). Τα άτομα λοιπόν, που πλήττονται από ψυχική ασθένεια στιγματίζονται καθώς παρεκκλίνουν από τον κόσμο της λογικής, ενώ τα άτομα που νοσούν σωματικά στιγματίζονται καθώς παρεκκλίνουν από τους κανόνες της φύσης,

όπως αυτοί παρουσιάζονται μέσα από την έννοια της υγείας. Τέλος, η τρίτη κατηγορία στίγματος αφορά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο διαθέτει και χρησιμοποιεί το στιγματισμένο σώμα του, κατά πόσο δηλαδή μπορεί το άτομο να ελέγξει τα πάθη και τις αισθήσεις του χωρίς να αποκλίνει από την κοινωνικά οριοθετημένη «κανονικότητα» και «ορθότητα». Τα άτομα δηλαδή που παρουσιάζουν παραβατική συμπεριφορά, αλκοολισμό, είναι εξαρτημένα από ναρκωτικές ουσίες, δουλεύουν ως πόρνες ή ως προαγωγοί, στιγματίζονται καθώς πέρα από το γεγονός ότι καταπατούν τους κοινωνικούς κανόνες χρησιμοποιούν το σώμα τους με σκοπό την ικανοποίηση των αισθήσεων τους καθώς και εγωιστικών απολαύσεων. Επίσης, τα χαρακτηριστικά που παρεκκλίνουν από τα κανονιστικά πρότυπα και οδηγούν εν τέλει στο στιγματισμό του μπορεί να διαφοροποιηθούν σε σχέση με το χρόνο απόκτησης τους· αν είναι δηλαδή μόνιμα ή προσωρινά, επίκτητα ή εκ γενετής.

Επιπλέον, το στίγμα παρουσιάζει την διάσταση ανάμεσα στην εν δυνάμει και στην πραγματική κοινωνική ταυτότητα του ανθρώπου. Ο Goffman, δηλαδή, διακρίνει την κοινωνική ταυτότητα του ατόμου στην πραγματική κοινωνική ταυτότητα στην οποία συμπεριλαμβάνονται όλα τα πραγματικά χαρακτηριστικά που έχει ένα άτομο και στη δυνητική κοινωνική ταυτότητα στην οποία εμπεριέχονται όλα εκείνα τα γνωρίσματα που αποδίδονται εκ των προτέρων σε ένα άτομο το οποίο έχει ήδη κατηγοριοποιηθεί. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό ότι όλοι ανεξαιρέτως μπορεί να καλούνται να διαχειριστούν τις δύο αυτές ταυτότητες οπότε το στίγμα δεν αφορά αποκλειστικά τους στιγματισμένους ή αποκλειστικά τους φυσιολογικούς. Αφορά και τους δύο με την έννοια ότι ο καθένας δυνητικά μπορεί να βρεθεί στη θέση να μην μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε ένα πλαίσιο επικοινωνίας αδυνατώντας να ακολουθήσει τα ισχύοντα κανονιστικά πρότυπα με αποτέλεσμα το στιγματισμό του (Goffman, 2001).

Το στίγμα θα μπορούσε να ειπωθεί ότι λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια των μεικτών συναναστροφών. Όταν, δηλαδή, «στιγματισμένοι» και «φυσιολογικοί» αλληλεπιδρούν κοινωνικά. Η εισβολή των στιγματισμένων στις κοινωνικές συναντήσεις μπορεί να προκαλέσει αμηχανία στους φυσιολογικούς, οι οποίοι λαμβάνοντας τις πληροφορίες σχετικά με το στίγμα του ατόμου, αδυνατούν να τις διαχειριστούν και να τις αποδεχτούν με αποτέλεσμα να υπονομεύεται η αλληλεπίδραση. Για την καταπολέμηση της αμηχανίας το στιγματισμένο άτομο

καλείται να αναπτύξει τεχνικές που θα το βοηθήσουν να κρατήσει κρυφή ή να συγκαλύψει τη στιγματισμένη ταυτότητα ή θα τον οδηγήσουν στην προσαρμογή στις νόρμες που επιτάσσει η κοινωνική συνάντηση. Μια από τις τεχνικές αυτές είναι η διατύπωση κάποιου αστείου από το στιγματισμένο άτομο σχετικά με την μειονεξία ή την ατέλεια του. Μεταθέτει, λοιπόν, με αυτό τον τρόπο την προσοχή της συζήτησης από το απαξιωτικό χαρακτηριστικό του σώματος του, στο περιεχόμενο του αστείου απαλλάσσοντας τα μέλη της κοινωνικής συνάντησης και συγκεκριμένα τους «φυσιολογικούς» από το συναισθηματικό φορτίο της συναισθηματικής κατανόησης που μπορεί να ένιωθαν ότι έπρεπε να επωμιστούν (Goffman, 2001).

1.2. Εννοιολογικός ορισμός του στίγματος σύμφωνα με άλλους ερευνητές

Ο όρος στίγμα ετυμολογικά προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα στίζω, που σημαίνει χαράζω, σκαλίζω και αναφέρεται σε σημάδια του δέρματος (Μπαμπινιώτης, 1998). Η έννοια του στίγματος μπορεί να οριστεί ως μια σειρά από προκαταλήψεις, στερεότυπα, συμπεριφορές που αναπαράγουν διακρίσεις και κοινωνικές κατασκευές, που στηρίζονται στη μεροληψία. Οι αποδέκτες αυτών των συμπεριφορών είναι μια ομάδα ατόμων, η οποία θεωρείται κοινωνικά κατώτερη (Corrigan, 2000, Mak, Poon, Pun & Cheung, 2007).

Εκτός αυτού, σύμφωνα με τους Link & Phelan (2001) το στίγμα αποτελείται από πέντε διαφορετικά στοιχεία, τα οποία ορίζουν και μορφοποιούν την αρχική έννοια και είναι η ετικετοποίηση, τα στερεότυπα, ο διαχωρισμός, η απώλεια γοήτρου και οι διακρίσεις. Ειδικότερα με το όρο ετικετοποίηση, εννοούμε την ανάδειξη ενός κυρίαρχου στοιχείου, που αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και της ολότητας του ατόμου. Δηλαδή, αναφερόμενοι στην περίπτωση των ατόμων με αναπηρίες, η αναπηρία τους επισκιάζει ολόκληρη την προσωπικότητα και θεωρείται το μοναδικό χαρακτηριστικό που ορίζει ολόκληρο το άτομο. Η επίσημη απόδοση των αποκλινόντων χαρακτηριστικών του ατόμου πυροδοτεί τη διεργασία για επίσημο κοινωνικό στιγματισμό. Η ετικετοποίηση θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την ίδια την ύπαρξη της απόκλισης που θα οδηγήσει στον στιγματισμό (Lemert, 1951).

Τα στερεότυπα αποτελούν τις αντιλήψεις που σχηματίζουμε για τους άλλους. Μια κοινωνική ομάδα αξιολογεί με αρνητικό τρόπο χαρακτηριστικά των

ατόμων, που αναφέρονται σε μειονεξίες και «ελλείμματα» είτε σε σωματικό, είτε σε νοητικό είτε σε κοινωνικό επίπεδο. Τα αποκλίνοντα χαρακτηριστικά τείνουν να αποκτούν γενικευμένο χαρακτήρα από τον κοινωνικό ιστό και να χαρακτηρίζουν μια ευρύτερη ομάδα ανθρώπων. Οι αρνητικές αντιλήψεις ορίζουν πλέον την προσωπικότητα και τη ζωή των ατόμων αυτών. Τα άτομα που αποκλίνουν λόγω ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, αφού έχουν βιώσει τις συνέπειες της ετικετοποίησης και των στερεοτύπων, οδηγούνται να διαχωρίζονται από μόνοι τους από τους άλλους. Η απώλεια κοινωνικού γοήτρου και οι διακρίσεις είναι τα τελευταία κομμάτια του πάζλ και λαμβάνουν χώρα όταν το στίγμα επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό το άτομο, που το εμποδίζει ως προς τις κοινωνικές του συναναστροφές αλλά και ως προς την οικονομική και επαγγελματική του ζωή (Link & Phelan, 2001, Green, Davis, Karshmer, Marsh & Straight, 2005).

Το στίγμα, επίσης, μπορεί να κατηγοριοποιηθεί και σε δημόσιο στίγμα, σε στίγμα του εαυτού και σε στίγμα σχέσης. Αναλυτικότερα, το δημόσιο στίγμα αναφέρεται στις στάσεις και στις συμπεριφορές του κοινωνικού συνόλου απέναντι στα στιγματισμένα άτομα (Werner & Shulman, 2015). Το δημόσιο στίγμα έχει τρεις διαστάσεις, οι οποίες είναι τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι συναισθηματικές-ψυχολογικές αντιδράσεις της κοινωνίας. Τα στερεότυπα αποτελούν τις αρνητικές πεποιθήσεις του κοινωνικού συνόλου ως προς τη διαφορετικότητα του ατόμου. Οι προκαταλήψεις είναι οι παγιωμένες αντιλήψεις της κοινής γνώμης αναφορικά με τις ιδιαιτερότητες του ατόμου. Την τρίτη διάσταση την αποτελούν οι συναισθηματικές-ψυχολογικές αντιδράσεις του κοινωνικού συνόλου αναφορικά με τις ιδιαιτερότητες του ατόμου, με άμεση συνέπεια τη δημιουργία διακρίσεων απέναντι στους φορείς της διαφορετικότητας. Οι τρεις αυτές διαστάσεις του δημοσίου στίγματος επιβαρύνουν συχνά το άτομο σε τέτοιο βαθμό που δε μπορεί το αντιμετωπίσει, με αποτέλεσμα να εσωτερικεύει το δημόσιο στίγμα και να αναπτύσσει στίγμα εαυτού (Magliano, Fadden, Madianos, de Almeida, Held, Guarneri & Maj, 1998). Το στίγμα εαυτού επικεντρώνεται στα αρνητικά κοινωνικά στερεότυπα που το άτομο έχει εσωτερικεύσει και τα θεωρεί τμήμα της ταυτότητας του (Werner & Shulman, 2015). Ο τρίτος τύπος του στίγματος, το στίγμα συσχέτισης ή σχέσης (associative/courtesy) επηρεάζει τα άτομα που βρίσκονται κοντά και συνδέονται με φιλικούς ή οικογενειακούς δεσμούς με άτομα που φέρουν

στίγμα (Gofman, 1963, Mehta & Farina, 1988 Östman & Kjellin, 2002, Larson & Corrigan, 2008, Pryor, Reeder & Monroe, 2012).

Με την έρευνα των Mak και Cheung (2008) εισάγεται για πρώτη φορά η έννοια του στίγματος δεσμού. Το στίγμα δεσμού αναφέρεται στην εσωτερίκευση του στίγματος, που φέρει το άτομο με αναπηρία ή ψυχική ασθένεια από τους στενούς συγγενείς του και ειδικά από τους φροντιστές του καθώς και στις ψυχολογικές αντιδράσεις των φροντιστών εξαιτίας του γεγονότος του αυτοστιγματισμού. Αποτελείται από τρεις υποκλίμακες, που είναι οι γνωστικές επιδράσεις, οι συναισθηματικές επιδράσεις και οι συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού, διαχωρισμό που είχε προτείνει και ο Pachankis (2007). Στο σημείο αυτό, αξίζει να γίνει μια μεγαλύτερη αναφορά στους επιμέρους παράγοντες του στίγματος δεσμού με σκοπό να αποσαφηνιστούν οι όροι. Συγκεκριμένα, οι γνωστικές επιδράσεις του στίγματος είναι το σύνολο των σκέψεων και γνωστικών διεργασιών του γονέα ή του φροντιστή ως προς τον τρόπο που γίνονται κοινωνικά αντιληπτές η αναπηρία ή ψυχική ασθένεια. Οι γονείς ή οι φροντιστές των ατόμων αυτών βρίσκονται σε μια συνεχή εγρήγορση και προετοιμασία προκειμένου να αποκρύψουν την ταυτότητα του στίγματος που λαμβάνουν λόγω της σχέσης τους με το άτομο με αναπηρία ή ψυχική ασθένεια. Στις συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού συμπεριλαμβάνονται τα συναισθήματα άγχους, κατάθλιψης, εχθρότητας, αποθάρρυνσης, ντροπής και ενοχής που μπορεί να νιώθει ο γονέας ή ο φροντιστής λόγω της σχέσης του με στιγματισμένο άτομο. Τέλος, στις συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού ανήκουν οι συμπεριφορές κατά τις οποίες ο γονέας ή φροντιστής ελέγχει τις δημόσιες εμφανίσεις του, αποσύρεται και απομονώνεται κοινωνικά και παρουσιάζει αδυναμία σύναψης στενών διαπροσωπικών σχέσεων ώστε να μη γίνει φανερό η σχέση με το στιγματισμένο άτομο στο κοινωνικό του περιβάλλον (Pachankis, 2007, Mak & Cheung, 2008). Συνοπτικά, λοιπόν, οι συγγενείς και οι φροντιστές ατόμων με αναπηρίες ή ψυχική ασθένεια παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχικής καταπόνησης και νιώθουν αδύναμοι να διαχειριστούν τη σχέση τους με το στιγματισμένο άτομο, με αποτέλεσμα να αποκρύπτουν τη σχέση τους μαζί του, να αποσύρονται από τις κοινωνικές εκδηλώσεις και τέλος να αποξενώνονται, αποφεύγοντας την αλληλεπίδραση με το κοινωνικό σύνολο (Mak & Kwok, 2010, Ma & Mak, 2016).

1.3. Στίγμα και οικογένεια παιδιού με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες

Το στίγμα της αναπηρίας, επηρεάζει και το στενό περιβάλλον του ατόμου που έχει υποστεί στιγματισμό. Συγκεκριμένα, οι φροντιστές και τα μέλη της οικογένειας υφίστανται και αυτοί αυτοστιγματισμό αναπτύσσοντας χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απόσυρση, έντονα αρνητικά συναισθήματα και τη τάση να κρύβουν τη σχέση τους με το στιγματισμένο άτομο. Οι αιτίες του γονεϊκού αυτοστιγματισμού είναι πολλές. Ο αυτοστιγματισμός είναι αποτέλεσμα των επαναλαμβανόμενων κοινωνικών εμπειριών στιγματισμού και διακρίσεων. Στη συνέχεια οι γονείς παιδιών αναπαράγουν τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις της κοινωνίας εσωτερικεύοντας το στίγμα που φέρουν τα παιδιά τους (Corrigan & Watson, 2002, Mak & Cheung, 2008).

Οι γονείς παιδιών στο φάσμα του αυτισμού βιώνουν συνήθως έντονα συναισθήματα στίγματος εξαιτίας των ελλειμμάτων των παιδιών τους στην κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία (Pisula 2003, Hassall & Rose 2005), και των συμπεριφορών που εκδηλώνουν. Στις συμπεριφορές αυτές ανήκουν οι στερεοτυπίες, επαναλαμβανόμενες δηλαδή κινήσεις, η καταναγκαστική συμπεριφορά, η αντίσταση στην αλλαγή, η τελετουργική συμπεριφορά και τέλος ο αυτοτραυματισμός (Mirenda, Smith, Vaillancourt, Georgiades, Duku, Szatmari, & Waddell, 2010). Επίσης, κάποιες έρευνες ανέφεραν ότι οι μητέρες παιδιών στο φάσμα του αυτισμού πιστεύουν ότι ο κοινωνικός περίγυρος τις θεωρεί υπεύθυνες για την αναπηρία του παιδιού τους, η οποία προήλθε από ελαττωματικά γονίδια είτε από κάποια δική τους λανθασμένη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της κύησης ή της ανατροφής του, με αποτέλεσμα να βιώνουν ενοχικά συναισθήματα (Gray, 1993, Ζήση, Μαυροπούλου & Δαρδάνη, υπό δημοσίευση). Επιπλέον, ο γονεϊκός στιγματισμός εξαρτάται και από το βαθμό σοβαρότητας των αυτιστικών συμπτωμάτων. Όσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα και οι διαταρακτικές συμπεριφορές του παιδιού τόσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα του στίγματος στους γονείς (Γενά & Μπαλαμώτης, 2013).

Άμεση συνέπεια στιγματισμού των γονέων παιδιών στο φάσμα του αυτισμού είναι η δημιουργία αισθημάτων μοναξιάς, ντροπής, ενοχών και απομόνωσης από το κοινωνικό σύνολο, το οποίο κατά τη γνώμη τους, τους θεωρεί υποδεέστερους λόγω της αναπηρίας του παιδιού τους (Green, 2004, Green, 2007).

Ακόμη, προσπαθούν να παρουσιάσουν την εικόνα της «φυσιολογικής οικογένειας» και αποφεύγουν να παρευρίσκονται σε κοινωνικές εκδηλώσεις σχετικές με την αναπηρία του παιδιού του ή να έρχονται σε επαφή με άτομο που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας, στήριξης και θεραπείας είτε στο παιδί είτε στην οικογένεια, ώστε η εικόνα που θέλουν να προβάλλουν στη κοινωνία να μη μπορεί να αμφισβητηθεί (Γενά & Μπαλαμώτης, 2013). Το στίγμα μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στις αποφάσεις των γονέων σχετικά με την επιλογή θεραπείας, ακόμη και να αποτελέσει εμπόδιο στους γονείς να απευθυνθούν στις διαθέσιμες υπηρεσίες (Ζήση, Μαυροπούλου & Δαρδάνη, 2016). Εκτός αυτού, οι οικογένειες με παιδί στο φάσμα του αυτισμού παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα στίγματος καθώς ο αυτισμός είναι μια αναπηρία που δεν είναι πάντα εξωτερικά εμφανής, με αποτέλεσμα να εγείρει την απορριπτική στάση και κατάκριση της κοινωνίας. Οι εμφανείς διαταραχές όπως είναι οι παραπληγίες ή οι αισθητηριακές διαταραχές φαίνεται να προκαλούν τη συμπόνια, την επιείκεια και τη τάση για βοήθεια εκ μέρους του κοινωνικού συνόλου, με αποτέλεσμα ο στιγματισμός της οικογένειας να είναι μικρότερος (Cook, 2001, Γενά & Μπαλαμώτης, 2013). Οι γονείς παιδιών με επιληψία τείνουν και αυτοί να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα στίγματος, τα οποία εξαρτώνται από τη σοβαρότητα και από την συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων (Kanemura Aihara Sugita Ohyama & Sano, 2016).

Γονείς παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ) παρουσιάζουν επίσης υψηλά επίπεδα στίγματος λόγω της συμπεριφοράς των παιδιών τους. Υπάρχει μια γενικότερη αντίληψη σε ένα μεγάλο τμήμα του κοινωνικού ιστού ότι η ΔΕΠ/Υ είναι αποτέλεσμα αδυναμίας του γονέα να οριοθετήσει τη συμπεριφορά του παιδιού του και να το αναθρέψει κατ' επέκταση σωστά (Norris & Lloyd, 2000, Olaniyan, Garriett, Mychailyszyn, Anixt, Rowe & Cheng, 2007) . Ακόμη, εικάζεται από μια μερίδα ανθρώπων και εκπαιδευτικών ότι η ΔΕΠ/Υ είναι αποτέλεσμα λανθασμένης διατροφής του παιδιού. Έτσι, ενισχύεται η δημιουργία ενοχών στη μητέρα, η οποία πολλές φορές αμφισβητεί τις ικανότητες της ως προς την ανατροφή του παιδιού. Πολλές φορές, οι ειδικοί ψυχικής υγείας συνιστούν το παιδί με ΔΕΠ/Υ να ακολουθήσει φαρμακευτική αγωγή για το μετριασμό των συμπτωμάτων της διαταραχής. Οι περισσότεροι γονείς ταυτίζουν στο μυαλό τους τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής με την ψυχική ασθένεια, αισθάνονται ότι το παιδί τους θα στιγματιστεί με αποτέλεσμα να μη συναινούν στις προτάσεις των ειδικών ψυχικής υγείας (Norvilitis, Scime & Lee,

2002). Ακόμη και όταν συμφωνήσουν στην χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, οι γονείς και ιδιαίτερα οι μητέρες έρχονται αντιμέτωπες με τον στιγματισμό. Αυτό συμβαίνει διότι ο κοινωνικός περίγυρος τις κατηγορεί ότι χρησιμοποιούν τη φαρμακευτική αγωγή ως γρήγορη λύση στην αντιμετώπιση του ΔΕΠ/Υ, γεγονός που αντίκειται στο ιδεώδες της μητέρας που πρέπει να θυσιάζεται και να βασανίζεται για το καλό του παιδιού της (Singh, 2004). Ας σημειωθεί ότι λόγω του στίγματος δεσμού, οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ/Υ βιώνουν ντροπή, ανησυχία, αυτοτιμωρούνται και οδηγούνται στην κοινωνική απομόνωση (Mikami, Chong, Saporito & Na, 2015).

Η ηλικία του παιδιού βρέθηκε να επηρεάζει τα επίπεδα του στίγματος που βιώνουν οι γονείς παιδιών με αναπηρίες ή/ και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Συγκεκριμένα, οι γονείς παιδιών μικρότερης ηλικίας, που βρίσκονται στο στάδιο της διάγνωσης, εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα στίγματος καθώς μέσω της πρώτης επαφής τους με το δίκτυο των θεραπειών και των υπηρεσιών έρχονται αντιμέτωποι με τις αντιδράσεις της κοινωνίας σε σχέση με την αναπηρία του παιδιού τους (Gray, 1993). Σύμφωνα με την Ryan (2005) όμως, όσο μεγαλώνει το παιδί με αναπηρίες, η ανεκτικότητα που επιδεικνύει ο κοινωνικός περίγυρος απέναντι στις «παράξενες» συμπεριφορές του παιδιού σε δημόσιους χώρους μειώνεται αισθητά και τη θέση της ανεκτικότητας καταλαμβάνει ο φόβος, η καχυποψία και η αποφυγή της επαφής με το άτομο με αναπηρία. Αυτό συμβαίνει διότι οι δημόσιοι χώροι δεν είναι ανοιχτοί σε όλους αλλά λειτουργούν με βάση την κοινωνική ιεραρχία και σύμφωνα με τα κανονιστικά πρότυπα των φυσιολογικών» (Ryan, 2005) .

Αναφορικά με το φύλο των γονέων και την εμφάνιση στίγματος, οι γυναίκες φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα στιγματισμού σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό συμβαίνει επειδή οι μητέρες αναλαμβάνουν περισσότερες ευθύνες σε σχέση με την καθημερινή φροντίδα του παιδιού και ασχολούνται με την ανατροφή του περισσότερο σε σχέση με τους πατέρες (Elder & D'Alessandro, 2009). Η πατριαρχική κοινωνία θεωρεί τη μητέρα υπεύθυνη για την επιτυχημένη ή αποτυχημένη πορεία του παιδιού της, για την υγεία και την ομαλή λειτουργία της οικογένειας, για τη διαμόρφωση των νέων πολιτών και κατ' επέκταση για τη διατήρηση της ισχύος του έθνους. Οι μητέρες θα πρέπει δηλαδή να φροντίζουν, να είναι αφοσιωμένες στην οικογένεια τους ακόμη και να θυσιάζονται για το καλό του παιδιού τους και της κοινωνίας καθώς η φροντίδα θεωρείται αναπόσπαστο κομμάτι της θηλυκότητας σύμφωνα με τις επιταγές της κυρίαρχης πατριαρχικής κουλτούρας.

Έτσι, οποιαδήποτε πράξη έχει ως σκοπό και την κάλυψη των αναγκών και την ευχαρίστηση της μητέρας κρίνεται ως αφύσικη, εγωιστική και στιγματίζει το πρόσωπο της μητέρας (Blum, 2007).

Το στίγμα της αναπηρίας, επηρεάζει και το στενό περιβάλλον του ατόμου που έχει υποστεί στιγματισμό. Συγκεκριμένα, οι φροντιστές και τα μέλη της οικογένειας υφίστανται και αυτοί αυτοστιγματισμό αναπτύσσοντας χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απόσυρση, έντονα αρνητικά συναισθήματα και τη τάση να κρύβουν τη σχέση τους με το στιγματισμένο άτομο. Οι αιτίες του γονεϊκού αυτοστιγματισμού είναι πολλές. Ο αυτοστιγματισμός είναι αποτέλεσμα των επαναλαμβανόμενων κοινωνικών εμπειριών στιγματισμού και διακρίσεων. Στη συνέχεια οι γονείς παιδιών αναπαράγουν τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις της κοινωνίας εσωτερικεύοντας το στίγμα που φέρουν τα παιδιά τους (Corrigan & Watson, 2002, Mak & Cheung, 2008).

2. Πνευματικότητα

2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της πνευματικότητας

Τις τελευταίες δεκαετίες όλο και περισσότεροι τομείς της ψυχολογίας ιδιαίτερα στο χώρο των εφαρμογών της κλινικής, της συμβουλευτικής ψυχολογίας και της ψυχολογίας της υγείας, δείχνουν αυξανόμενο ενδιαφέρον σε θέματα θρησκείας και πνευματικότητας (Emmons, 1999). Η τάση αυτή προκύπτει από το τι η πνευματικότητα θεωρείται από τους περισσότερους μελετητές της θρησκείας και της φιλοσοφίας μια από τις σημαντικότερες διαστάσεις της ανθρώπινης εμπειρίας (Hay & Hunt, 2002).

Η πνευματικότητα αποτελεί μια έννοια αμφίσημη και πολυσυζητημένη, με αποτέλεσμα ο ορισμός της να είναι μια σύνθετη διαδικασία. Θα μπορούσε να οριστεί ως ο τρόπος με τον οποίο το άτομο προσπαθεί να δώσει απαντήσεις σχετικά με το νόημα της ζωής του, τα όρια της ανθρώπινης φύσης σε σχέση με τον εαυτό του, την κοινωνία των ανθρώπων και τις ανώτερες δυνάμεις (Puchalski, Ferrel, Virani, Otis-Green, Baird, Bull, Chochinov, Handzo, Nelson-Becker, Prince-Paul, Pugliese & Sulmasy, 2009). Κατά τον Piedmont, η πνευματικότητα ορίζεται ως μια γνωστική διεργασία που ως απώτερο στόχο έχει την παροχή ερμηνείας και

απόδοσης νοήματος στην ανθρώπινη ύπαρξη, λαμβάνοντας αναπόφευκτα υπόψη το εφήμερο της ζωής (Piedmont, 2001).

Σύμφωνα με τον ίδιο, υποκλίμακα της πνευματικότητας αποτελεί και η υπερβατικότητα, μέσω της οποίας το άτομο αποκτά μια πιο διευρυμένη οπτική ξεπερνώντας τα αυστηρά όρια αυτών που μπορεί να αντιληφθεί στο εδώ και τώρα, χωρικά και χρονικά, αποκτώντας δεσμούς με τους υπόλοιπους ανθρώπους που δύσκολα μπορούν να διαταραχθούν (Piedmont & Chae, 1997). Στην έννοια της υπερβατικότητας ενυπάρχει και η θρησκευτικότητα. Οι θρησκευτικές παραδόσεις ως απώτερο στόχο έχουν να δια φωτίσουν το άτομο αναφορικά με τους περιορισμούς της ανθρώπινης φύσης και της ανθρώπινης ύπαρξης, που δε μπορεί να υπερπηδήσει τα χρονικά και χωρικά όρια όπως και το γεγονός της θνησιμότητας, αλλά και να εμπνεύσουν το άτομο να υιοθετήσει ένα νέο τρόπο ζωής, που θα ικανοποιεί της αληθινές ανάγκες της φύσης του (Piedmont et al., 2009). Άμεσο αποτέλεσμα της πίστης σε μια ανώτερη δύναμη, η οποία μπορεί να προσδιοριστεί στο όνομα του Θεού ή κάποιας κοσμικής ενέργειας, είναι η πνευματική ευημερία του ατόμου, που νιώθει μέλος μιας ευρύτερης κοινωνίας στην οποία συμπεριλαμβάνεται ο εαυτός του, οι άλλοι και ο Θεός. Παρατηρείται, λοιπόν, μια αίσθηση απώλειας εαυτού, ανάπτυξη σκοπού ζωής και επιθυμίας για βοήθεια και αλληλεγγύη στους συνανθρώπους του αλλά και προσπάθεια να βελτιωθεί όσο δυνατόν περισσότερο στη δουλειά του για να προσφέρει στο κοινωνικό σύνολο (Piedmont, 1999). Η υπερβατικότητα ωθεί τον άνθρωπο να επιλέξει τον τρόπο ζωής του, τις συμπεριφορές και τις πράξεις του ενώ συχνά αποτελεί την εξήγηση των κινήτρων που αναπτύσσει. Έτσι, έννοιες, όπως ο πατριωτισμός, η αυτοθυσία, ο αλtruισμός και ο ανθρωπισμός μπορούμε να τις εξηγήσουμε μέσω της υπερβατικότητας (Piedmont, 1999).

Εκτός, όμως από το Piedmont, για την υπερβατικότητα μίλησαν και άλλοι στοχαστές προσπαθώντας ο καθένας να δώσει τον ορισμό του. Ο Jung (1958) αναφέρει ότι χωρίς την υπερβατικότητα, οι άνθρωποι δεν έχουν τις δυνάμεις να αντέξουν τις αυταπάτες του κόσμου (Kleftaras & Katsogianni, 2012). Σύμφωνα με τον Maslow, η υπερβατικότητα αποτελεί ένα τέλος, ένα σκοπό παρά ένα μέσο που έχει κατεύθυνση το εσωτερικό του ατόμου, τους σημαντικούς άλλους, το ανθρώπινο είδος, τα έμβια όντα, τη φύση και το σύμπαν κατ' επέκταση. Το άτομο που διαθέτει μια υπερβατική ματιά απέναντι στη πραγματικότητα, αναγνωρίζει το πόσο

σημαντική είναι η ζωή του και παρακινείται συνεχώς από την ομορφιά, την αλήθεια και την ενότητα (Maslow, 1971). Τέλος, το άτομο θεωρεί τον εαυτό του κομμάτι ενός γενικότερου σχεδίου, βιώνοντας συναισθήματα θαυμασμού για τη μεγαλοσύνη του σύμπαντος (Travis & Ryan, 1988, Chandler et al., 1992, Westgate, 1996).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τον Piedmont (2004) η υπερβατικότητα έχει τρεις διαστάσεις, οι οποίες είναι: η ικανοποίηση από την προσευχή, η καθολικότητα και η συνδετικότητα. Ειδικότερα μέσω της προσευχής το άτομο δημιουργεί το προσωπικό χώρο για να νιώσει ικανοποίηση και χαρά. Αισθάνεται ότι συνδέεται με μια ανώτερη δύναμη και ότι μεταβαίνει σε μια ανώτερη πραγματικότητα. Είναι, λοιπόν, φανερό, ότι τα άτομα που συγκεντρώνουν υψηλή βαθμολογία σ' αυτόν τον παράγοντα αντλούν θετικά συναισθήματα καθώς αφιερώνουν χρόνο και χώρο για την επίτευξη της επικοινωνίας και της σύνδεσης τους με μια ανώτερη πραγματικότητα. Η καθολικότητα, από την άλλη, εξετάζει την πίστη του ατόμου για τον ενωτικό χαρακτήρα της ζωής και την πίστη του ατόμου για ένα σκοπό ζωής· για την αναζήτηση δηλαδή νοήματος. Τέλος, με τη συνδετικότητα, το άτομο διακατέχεται από την αίσθηση του ανήκειν, αισθάνεται δηλαδή ότι έχει την ευθύνη της σύνδεσης με το ευρύτερο σύνολο του ανθρωπίνου είδους και ότι αποτελεί μέρος της αλυσίδας της ζωής στην οποία περιλαμβάνονται και οι άνθρωποι του παρελθόντος (Piedmont, Williams & Ciarrocchi, 1997, Piedmont, Kennedy, Sherman & Williams, 2008, Piedmont, Werdel, & Fernando, 2009).

Αξίζει να αναφερθεί ότι πνευματικότητα μπορεί να υπάρχει ανεξάρτητα από κάποια θρησκεία. Άτομα που δηλώνουν αγνωστικιστές ή άθεοι, μπορεί να καταφεύγουν σε αναζήτηση νοήματος και σκοπού ζωής καθώς και σε ενασχόληση με πνευματικά ζητήματα, χωρίς να έχουν θρησκευτικές πεποιθήσεις (Bryant, 2007). Η διάκριση μεταξύ θρησκευτικότητας και πνευματικότητας δεν είναι εύκολη επειδή έχουν κοινά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, η πνευματικότητα αποτελεί ατομική προσωπική κατασκευή που αναφέρεται στη σχέση του ατόμου με μια υπερβατική πραγματικότητα, η οποία μπορεί να μεταφράζεται ως Θεός ή σύμπαν, εμπεριέχοντας από τη πλευρά του ατόμου μια αίσθηση αναζήτηση νοήματος αναφορικά με την ύπαρξη, τη ζωή και το θάνατο. Όταν η πνευματικότητα, λαμβάνει το μανδύα της θρησκείας, παίρνει τη μορφή της θρησκευτικότητας (Speraw, 2006, Saucier & Skrzypińska, 2006). Η θρησκευτικότητα αναφέρεται σε συγκεκριμένες

συμπεριφορές όπως είναι η συμμετοχή του ατόμου σε ένα εκκλησίασμα ή σε μια θρησκευτική παράδοση ή τελετουργία, που έχουν να κάνουν με κάποια συγκεκριμένη θρησκεία που είναι οργανωμένη στα πλαίσια μιας κοινότητας (Piedmont, 2004, Dein, 2006).

2.2. Πνευματικότητα και γονείς παιδιών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, οι γονείς παιδιών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα πνευματικότητας, παρουσιάζουν καλύτερη ψυχική υγεία, καθώς τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τα διάφορα αρνητικά συναισθήματα που προκαλεί η αναπηρία όπως άγχος, κατάθλιψη, ψυχική καταπόνηση, απόγνωση, ντροπή (Skinner, Correa, Skinner, & Bailey, 2001, Salkas, Magaña, Marques, & Mirza, 2016). Στηριζόμενοι στη πνευματικότητα, προσπαθούν να επανακτήσουν συναισθήματα ασφάλειας και δύναμης. Επίσης, τη θεωρούν ως ένα μέσο που θα τους δώσει τη δυνατότητα να ελέγξουν την πραγματικότητα και να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες και στις προκλήσεις που ενέχει η ανατροφή ενός παιδιού με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Sneider & Mannell, 2006).

Επιπλέον, η πνευματικότητα βοηθά τους γονείς να διατηρήσουν την ενότητα της οικογένειας τους, καθώς και ένα θετικό κλίμα αισιοδοξίας. Κάποιοι γονείς και συγκεκριμένα μητέρες παιδιών με αναπηρίες δήλωσαν ότι μέσω της πνευματικότητας νιώθουν πιο δυνατές και ψυχικά ανθεκτικές για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που επιφέρει η αναπηρία σε αντίθεση με το πρώτο καιρό της διάγνωσης της που αντιμετώπιζαν την αναπηρία σαν βάρος και τραγωδία (Sneider & Mannell, 2006). Είναι σε θέση να εκτιμούν το εδώ και τώρα και βλέπουν με αισιόδοξη ματιά το μέλλον τους. Νοηματοδοτούν τη ζωή τους και αισθάνονται ότι μια ανώτερη δύναμη τους δίνει το σθένος να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες ενός παιδιού με αναπηρίες παρά τις δυσκολίες που απαιτεί η ανατροφή του (Sira, Besai, Sullivan & Hannon, 2014). Εκτός αυτού, αξίζει να σημειωθεί ότι συνήθως υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας παρουσιάζουν οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (Vosloo, Wissing & Temane, 2009, Salkas, et al., 2016, Kralovec, Kunrath, Fartacek, Pichler & Plöderl, 2017).

Σε ένα μικρό αριθμό ερευνών, οι γονείς μέσω της πνευματικότητας προσπάθησαν να αναπλαισιώσουν την αναπηρία του παιδιού τους και να μετατρέψουν την προσωπική τους τραγωδία σε ευλογία από το Θεό. Νιώθουν ότι η αναπηρία των παιδιών τους, δόθηκε σε αυτούς από μια ανώτερη δύναμη λόγω των γονεϊκών δεξιοτήτων που διαθέτουν και τους καθιστούν ικανούς να ανταπεξέλθουν σε αυτό τον απαιτητικό ρόλο (Salkas, Magaña, Marques & Mirza, 2016). Θεωρούν, λοιπόν, ότι η αναπηρία του παιδιού τους είναι δώρο Θεού και την αντιλαμβάνονται ως θετικό σημάδι από το Θεό, σαν ευλογία (Skinner, Bailey & Rodriguez, 1999, Ζήση, Μαυροπούλου & Δαρδάνη, 2016).

2.3. Πνευματικότητα και Στίγμα

Επειδή στη βιβλιογραφία δε φαίνεται να έχει ερευνηθεί, η σχέση μεταξύ πνευματικότητας και στίγματος στον πληθυσμό των γονέων με παιδιά με αναπηρίες, θα χρησιμοποιηθούν ως σημείο αναφοράς άλλοι πληθυσμοί που είναι φορείς στίγματος.

Η πνευματικότητα δρα ευεργετικά και ανακουφιστικά στα άτομα που είναι φορείς του ιού HIV. Μέσω της πνευματικότητας, λοιπόν, τα άτομα με HIV αντιμετωπίζουν με πιο αποτελεσματικό τρόπο τις αυξημένες προκλήσεις και δύσκολες απαιτήσεις της ασθένειας καθώς και το στίγμα που τη συνοδεύει από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι την πλήρη αποδοχή και προσαρμογή στα νέα δεδομένα της ασθένειας (Vance, Brennan, Enah, Smith & Kaur, 2011, Grodensky, Golin, Jones, Mamo, Dennis, Abernethy & Patterson, 2015). Το HIV είναι μια ασθένεια που στο μυαλό των περισσότερων ανθρώπων συνδυάζεται με την ομοφυλοφιλία και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, που είναι δύο καταστάσεις που από μόνες στιγματίζουν σε μεγάλο βαθμό το άτομο. Η πνευματικότητα μπορεί να μετριάσει τις αρνητικές συνέπειες του στίγματος στην ψυχική υγεία του ατόμου και κατ' επέκταση να συντελέσει στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, προσφέροντας στο άτομο νόημα ζωής. Η ψυχολογική στήριξη που λαμβάνει το άτομο με HIV μέσα από τη συμμετοχή τους στην τοπική εκκλησιαστική κοινότητα και το ψυχικό σθένος που τους προσφέρει η προσευχή, το βοηθά να αντιμετωπίσει το στίγμα που συνοδεύει αυτή την ασθένεια (Szaflarski, 2013).

Από την άλλη, όμως, η πνευματικότητα και η σύνδεση του ατόμου με HIV με την θρησκευτική κοινότητα και την εκκλησία μπορεί να αποτελέσει πηγή άγχους

λόγω του φόβου μήπως αποκαλυφθεί η στιγματισμένη ταυτότητα τους. Συχνά άτομα με HIV αποκλείονται από τους χώρους της εκκλησίας καθώς δε γίνονται δεκτά εξαιτίας του στίγματος της ασθένειας τους (Yi, Mrus, Wade, Ho, Hornung, Cotton, Peterman, Puchalski, & Tsevat, 2006). Άμεση συνέπεια του στίγματος, είναι η αποφυγή των ατόμων με HIV να εμπλέκονται στις δραστηριότητες της θρησκευτικής τους κοινότητας, καθώς μπορεί να γίνουν αποδέκτες κριτικής σχετικά με το σεξουαλικό τους προσανατολισμό με αποτέλεσμα την πλήρη αποξένωση τους από θρησκευτικούς κύκλους (Szaflarski, 2014). Επίσης, σε περίπτωση που επισκέπτονται τους χώρους της εκκλησίας, παρουσιάζουν δυσκολία σύναψης στενών σχέσεων με τα άτομα που την απαρτίζουν λόγω του φόβου του στίγματος, χάνοντας έτσι την ευκαιρία για κοινωνική στήριξη και παρηγοριά στη δύσκολη κατάσταση της ασθένειας τους (Vance, 2011, Grodensky et al., 2015).

3. Κατάθλιψη

3.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός της κατάθλιψης

Τις τελευταίες δεκαετίες η κατάθλιψη ως ψυχολογική διαταραχή, παρουσιάζει συνεχή αύξηση αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης της, παίρνοντας πλέον διαστάσεις επιδημίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2016), υπολογίζεται ότι περίπου τριακόσια πενήντα εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πάσχουν από κατάθλιψη ενώ περίπου 16% του γενικού πληθυσμού έχουν βιώσει μείζονα καταθλιπτική διαταραχή μια ή περισσότερες φορές στη ζωή τους (Lee et al 2010).

Παρόλο που η κατάθλιψη είναι ένα συχνό φαινόμενο, ο ορισμός της δεν μπορεί να διατυπωθεί με ευκολία, καθώς πρόκειται για ένα φαινόμενο με βιολογικές, περιβαλλοντικές και ψυχολογικές ρίζες. Ο όρος της κατάθλιψης, επίσης, χρησιμοποιείται για να ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές. Η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μια φυσιολογική διάθεση ή ένα συναίσθημα που μπορεί να προκύψει μετά από τη βίωση μιας σημαντικής απώλειας, όπως είναι η απώλεια εργασίας, ο χωρισμός από ένα ερωτικό σύντροφο ή από ένα φίλο ή ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Επίσης, μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα ή επακόλουθο σε καταστάσεις έντονου άγχους ή σε ασθένειες απειλητικές για τη ζωή του ασθενή όπως είναι το HIV (Bengtson, Pence, Gaynes, Quinlivan, Heine, O'Donnell, J. & O' Cleirigh,

2016) τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Musselman, Evans, & Nemeroff, 1998) ή ψυχιατρικά προβλήματα. Τέλος, η κατάθλιψη μπορεί να είναι μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο (Κλεφτάρας, 1998).

Σύμφωνα με το DSM-5, η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως ένα φάσμα διαταραχών των οποίων κοινό χαρακτηριστικό είναι η παρουσία θλίψης, κενότητας, ευερεθιστότητας συνοδευόμενες από σωματικές και γνωστικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου. Στο φάσμα των καταθλιπτικών διαταραχών εμπεριέχονται, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η χρόνια καταθλιπτική διαταραχή ή δυσθυμία, η προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή, η καταθλιπτική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση, η καταθλιπτική διαταραχή οφειλόμενη σε ψυχοδραστικές ουσίες και η καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί, ότι σε όλες τις εκφάνσεις της καταθλιπτικής διαταραχής, διαφέρουν η διάρκεια, ο χρόνος εμφάνισης και η αιτιολογία (APA, 2013).

Ας σημειωθεί ότι η κατάθλιψη παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης και δύο φορές συχνότερα κατάθλιψη σε σχέση με τους άντρες (Nolen - Hoeksema, 2001, Goodwin & Gotlib, 2004). Σύμφωνα με τους Goodwin & Gotlib, (2004), οι οποίοι στην έρευνα τους προσπάθησαν να συγκρίνουν την τάση των δύο φύλων να εμφανίσουν κατάθλιψη με τους πέντε παράγοντες προσωπικότητας, φαίνεται ότι ο παράγοντας του νευρωτισμού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στις γυναίκες. Επίσης, ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάζει τα δύο φύλα ως προς τα επίπεδα κατάθλιψης είναι ο βαθμός ευαλωτότητας στο στρες καθώς και ο τρόπος με τον οποίο εκτίθενται σε στρεσογόνους παράγοντες (Nolen-Hoeksema, 2001). Οι άνδρες βιώνουν κατάθλιψη εμφανίζοντας, όμως, διαφορετικά συμπτώματα σε σχέση με τις γυναίκες, όπως είναι η ευερεθιστότητα, ο θυμός, η ανάληψη κινδύνων και η αυξημένη χρήση αλκοόλ (Cavanagh, Wilson, Kavanagh, & Caputi, 2017)

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν αυξηθεί αισθητά. Σύμφωνα, με την έρευνα της Οικονόμου και συν. (2016) το ποσοστό των ατόμων που έχει παρουσιάσει μείζονα καταθλιπτικό επεισόδιο διάρκειας ενός μήνα αγγίζει το 12.3%

κατά το έτος 2013 (Economou, Angelopoulos, Peppou, Souliotis, Tzavara, Kontoangelos, & Stefanis, 2016), ενώ το 2011 το ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης ανερχόταν στο 8.2% και το 2008 μόλις στο 3.3% (Economou, Madianos, Peppou, Patelakis, & Stefanis, 2013). Οι παράγοντες που επηρέασαν ανοδικά τις πιθανότητες εμφάνισης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ήταν το φύλο, με τις γυναίκες να εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά, η διαμονή σε αγροτική περιοχή, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η ανεργία και η οικονομική δυσπραγία (Economou et. al, 2016). Τέλος, η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές επιπτώσεις της κατάθλιψης καθώς θεωρείται η βασική αιτία για πάνω από τις μισές περιπτώσεις ολοκληρωμένων αυτοκτονιών (Cavanagh, et. al., 2017). Στην Ελλάδα της κρίσης τα τελευταία χρόνια το ποσοστό αυτοκτονικών ιδεασμών και αποπειρών αυτοκτονίας έχει αυξηθεί δραματικά και συσχετίζεται άμεσα με τον δείκτη της ανεργίας (Economou, Madianos, Peppou, Theleritis, Patelakis & Stefanis, 2013, Madianos, Alexiou, Patelakis, & Economou, 2014).

3.2. Κατάθλιψη και γονείς παιδιών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες

Οι γονείς των παιδιών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν προβλήματα ψυχικής υγείας από τους γονείς που μεγαλώνουν παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Συγκεκριμένα, οι γονείς παιδιών στο φάσμα του αυτισμού εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης αλλά και με άλλες αναπηρίες όπως είναι το σύνδρομο Down, το εύθραυστο X, εγκεφαλική παράλυση κ.α. (Sanders & Morgan, 1997, Abbeduto, Seltzer, Shattuck, Krauss, Orsmond & Murphy, 2004, Eisenhower, Baker, & Blacher, 2005, Hastings, Kovshoff, Brown, Ward, Degli Espinosa & Remington, 2005, Ingersoll & Hambrick, 2011, Gallagher & Hannigan, 2014, Neff & Faso, 2014).

Οι αιτίες που συντελούν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους γονείς με παιδιά με αναπηρίες είναι πολλές. Αρχικά, οι γονείς με την διάγνωση της αναπηρίας του παιδιού τους αναγκάζονται να αφήσουν πίσω τους την εικόνα του παιδιού που είχαν ονειρευτεί ή που πίστευαν ότι είχαν και καλούνται να γνωρίσουν εκ νέου το παιδί τους και να προσαρμοστούν στις νέες του ανάγκες και ιδιαιτερότητες, γεγονός που μπορεί να τους προκαλέσει ένα εύρος αρνητικών

συναισθημάτων όπως είναι η θλίψη, ο θυμός, ο φόβος και η ενοχή ((Bristor, 1984 , Aarons & Gittens, 1999). Επίσης, τα συναισθήματα αβοηθησίας συνδέονται με τη γονεϊκή κατάθλιψη διότι ο γονέας έρχεται αντιμέτωπος με μια κατάσταση που δεν μπορούσε να φανταστεί ότι θα τη βίωνε και που στις περισσότερες περιπτώσεις δεν γνωρίζει πως να τη διαχειριστεί. Οι γονείς των παιδιών με αυτισμό φαίνεται να βιώνουν την αναπηρία του παιδιού τους ως προσωπική αποτυχία καθώς λόγω των ιδιαίτερων αναγκών του παιδιού τους και της απώλειας του προσωπικού ελεύθερου χρόνου, φαίνεται να μην έχουν τη δυνατότητα να ακολουθήσουν τους προσωπικούς τους στόχους και να εξελιχθούν επαγγελματικά και προσωπικά (Olsson & Hwang, 2001, Gallagher & Hannigan, 2014).

Επιπρόσθετα η καταθλιπτική συμπτωματολογία των γονέων συνδέεται με το γεγονός ότι βιώνουν ένα εύρος ψυχοπιεστικών καταστάσεων όπως είναι το στίγμα, η κοινωνική απομόνωση, έλλειψη παροχής εξειδικευμένων θεραπευτικών υπηρεσιών εκ μέρους του κράτους καθώς και η μεγάλη εξάρτηση του παιδιού τους από αυτούς (Lovell, Moss & Wetherell, 2015). Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ή μη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε γονείς με παιδιά με αναπηρία, φαίνεται ότι διαδραματίζει η οικονομική επιφάνεια των γονέων καθώς και η ταξική τους προέλευση. Συγκεκριμένα, γονείς με παιδιά με αναπηρίες από ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους (Pakenham, Samios & Sofronoff, 2005, Newland, Crnic, Cox & Mills-Koonce, 2013). Ένας από τους λόγους που η οικονομική επιφάνεια φαίνεται να συνδέεται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι διότι το παιδί με αναπηρίες έχει αυξημένες ανάγκες για ειδική φροντίδα και θεραπεία, οι οποίες επιβαρύνουν ιδιαίτερα τον οικογενειακό προϋπολογισμό καθώς το κόστος κάλυψης τους είναι ιδιαίτερα υψηλό (Järbrink, 2007). Ακόμη, ιδιαίτερη δυσκολία αποτελεί για τους γονείς η ανεύρεση κατάλληλου δικτύου ειδικών που θα βοηθήσουν στην ανατροφή του παιδιού και θα τους εξασφαλίσουν τον απαραίτητο ελεύθερο χρόνο για να ικανοποιήσουν τις προσωπικές τους ανάγκες και για να ψυχαγωγηθούν (Γενά & Μπαλαμώτης, 2013).

Επίσης, καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων διαδραματίζει ο βαθμός αναπηρίας του παιδιού τους που μπορεί να συσχετιστεί με τη σοβαρότητα των γνωστικών ελλειμμάτων, την ύπαρξη ή όχι ομιλίας καθώς και από το βαθμό που επηρεάζει η αναπηρία την εξωτερική του εικόνα (Benson, 2006,

Ingersoll & Hambrick, 2011). Συγκεκριμένα, σε έρευνες που έχουν γίνει σε γονείς με παιδιά στο φάσμα του αυτισμού, έχει παρατηρηθεί ότι όσο μεγαλύτερη είναι η συχνότητα εκδήλωσης διαταρακτικών συμπεριφορών του παιδιού όπως είναι οι επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές, η έλλειψη βλεμματικής επαφής, οι αυτοτραυματισμοί τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες υπάρχουν να εμφανίσουν οι γονείς συμπτώματα κατάθλιψης και κακή ψυχική υγεία (Konstantareas & Homatidis 1989, Tomanik, Harris, & Hawkins, 2004, Cappe, Wolff, Bobet & Adrien, 2011, Neff & Faso, 2014, Bolourian & Blacher, 2016).

Σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της ψυχικής υγείας του γονέα αποτελεί η υιοθέτηση της σωστής στρατηγικής αντιμετώπισης του γεγονότος της αναπηρίας και των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που τις συνοδεύει (Hastings et. al., 2005). Ειδικότερα, οι γονείς που προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν με αισιοδοξία την αναπηρία του παιδιού τους φαίνεται να οργάνωσαν την οικογενειακή ζωή στηριζόμενοι στην πρόληψη και στο έγκαιρο σχεδιασμό, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης (Brand, Barry & Gallagher, 2014, Lovell, et al., 2015). Άλλωστε, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις γονέων που δηλώνουν ότι πέρα από τα επώδυνα συναισθήματα βίωσαν και θετικά συναισθήματα από την ύπαρξη ενός παιδιού με αναπηρίες στην οικογένεια τους, όπως π.χ. η σύσφιξη των σχέσεων όλων των μελών της και βελτίωση της συνοχής της οικογένειας (Hastings et. al., 2005). Γίνεται, λοιπόν, φανερό ότι η ικανότητα των γονέων να αναπτύσσουν μηχανισμούς επίλυσης προβλημάτων και διαχείρισης κρίσεων αποτελεί σημαντικό παράγοντα καλής ψυχικής υγείας (Smith, Seltzer, Tager-Flusberg, Greenberg & Carter, 2008).

Από την άλλη, οι γονείς των παιδιών στο φάσμα του αυτισμού που επέλεξαν ως μέσο αντιμετώπισης τη συναισθηματική αποστασιοποίηση, την αποφυγή των επώδυνων συναισθημάτων, την άρνηση και την κοινωνική παραίτηση παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης (Smith et. al., 2008, Benson, 2010, Lovell, et al., 2015). Τα σύγχρονα θεραπευτικά μοντέλα, απαιτούν από τους γονείς την εκμάθηση και την απόκτηση δεξιοτήτων σχετικά με την διδασκαλία του παιδιού, την οργάνωση της περίθαλψης της υγείας του, την γνώση ψυχιατρικής, ψυχοφαρμακολογίας κ.α. με αποτέλεσμα να δημιουργούν ένα νέο τύπο γονέα με επιστημονικό υπόβαθρο που αγγίζει τα όρια της καρικατούρας και ως συνέπεια έχει την ψυχολογική επιβάρυνση του γονέα (Blum, 2007). Οι γονείς που εμπλέκονται σε

προγράμματα παρέμβασης και θεραπείας των παιδιών, υπερτιμώντας και τις δυνατότητες τους και αναλαμβάνοντας να εφαρμόσουν περίπλοκες και απαιτητικές για τους ίδιους δραστηριότητες, τείνουν να εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και αισθάνονται ανεπαρκείς να ανταποκριθούν στον γονεϊκό τους ρόλο (Boyce, Seedall, Innocenti, Roggman, Cook, Hagman & Norman, 2017).

Παρατηρείται ότι οι μητέρες παιδιών με αναπηρίες τείνουν να εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης από τις μητέρες με παιδιά τυπικής ανάπτυξης και ειδικά οι μητέρες παιδιών με αυτισμό. Ισχυρό εκλυτικό παράγοντα κατάθλιψης αποτελούν και τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού, όπως είναι επιθετική συμπεριφορά, η κοινωνική απόσυρση, η υπερκινητικότητα, η αδυναμία να φροντίσουν τον εαυτό τους, να αλληλεπιδράσουν και να επικοινωνήσουν (Tomanik, Harris & Hawkins, 2004). Επιπλέον, παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, οι μητέρες παιδιών με αυτισμό με χαμηλή υποστήριξη από το σύζυγο. Η ποιότητα δηλαδή της συντροφικής σχέσης του ζευγαριού επηρεάζει άμεσα την ψυχική υγεία των μητέρων (Kazak & Marvin, 1984, Hastings & Brown, 2002, Ζήση & Μαυροπούλου, 2013). Τα συναισθήματα άγχους που μπορεί να βιώνει ο σύντροφος τους επηρεάζει και πυροδοτεί καταθλιπτικά συμπτώματα στις μητέρες (Γενά & Μπαλαμώτης, 2013, Boyce et al., 2017). Ακόμη, η ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος μπορεί να μετριάσει το άγχος και την κατάθλιψη των μητέρων (Boyd, 2002), ενώ σύμφωνα με την έρευνα της Ζήση και των συνεργατών της, οι μητέρες που ανέθρεφαν μόνες τους το παιδί τους βίωναν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους και κατ' επέκταση συμπτώματα κατάθλιψης (Ζήση, Μαυροπούλου & Δαρδάνη, υπό δημοσίευση).

Οι Weiss και οι συνεργάτες τόνισαν ότι η κρίση στις οικογένειες με αυτισμό οφείλεται και στην ανάγκη εξωτερικών και εσωτερικών πόρων και στην ύπαρξη υψηλών οικονομικών αναγκών για τη θεραπεία και τη φροντίδα του παιδιού (Duarte, Bordin, Yazigi & Mooney, 2005, Weiss, Wingsiong & Lunskey, 2014). Γίνεται, λοιπόν, φανερό ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία στις μητέρες με αυτισμό θα μπορούσε να εξηγηθεί λαμβάνοντας υπόψη τη ταξική προέλευση των μητέρων. Σύμφωνα, με τη Ζήση και συν. (2016), οι μητέρες από τα χαμηλά οικονομικά στρώματα φαίνεται να βιώνουν πιο συχνά την απόρριψη και την αδιαφορία του συζύγου τους αναφορικά με τις ανάγκες του παιδιού τους με αναπηρία, με αποτέλεσμα το 1/3 σύμφωνα με την έρευνα να οδηγείται στο διαζύγιο. Άμεση

συνέπεια του διαζυγίου, είναι να επωμίζονται όλες τις ευθύνες της ανατροφής του παιδιού, να οδηγούνται στον οικονομικό μαρασμό και κατ' επέκταση να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Επίσης, οι μητέρες από τα εργατικά στρώματα έχουν πιο πολλές πιθανότητες, να μην αντιμετωπιστούν με σεβασμό και κατανόηση από τον ειδικό ψυχικής υγείας είτε κατά την διάγνωση είτε κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής τους συνεργασίας με αυτές και το παιδί τους. Επιπλέον, αντιμετωπίζουν περισσότερους περιορισμούς ως προς τη πρόσβαση σε εξειδικευμένους πόρους υποστήριξης, βιώνουν στίγμα και θυματοποίηση, ενώ η παρουσία κρατικών υπηρεσιών φροντίδας και εκπαίδευσης των παιδιών τους αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ποιότητα ζωής τους (Ζήση et al, 2016, Ζήση, Μαυροπούλου & Δαρδάνη, υπό δημοσίευση).

Οι μητέρες παιδιών με αυτισμό παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους πατέρες. Αυτό συμβαίνει διότι συνήθως επωμίζονται το μεγαλύτερο μέρος της ανατροφής και της ειδικής φροντίδας που χρειάζεται το παιδί, με αποτέλεσμα πολλές φορές να αναγκάζονται να αφήσουν τη δουλειά τους για να ανταποκριθούν σε αυτό τον απαιτητικό ρόλο. Παράλληλα, τείνουν να εγκαταλείπουν τα ενδιαφέροντα τους αλλά και τη προσωπική τους ζωή (Olsson & Hwang, 2001). Στους πατέρες, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι η θλίψη, ο πόνος και τα επώδυνα συναισθήματα εκφράζονται με τη μορφή του θυμού ή τείνουν να συγκαλύπτονται. Ο θυμός αυτό προέρχεται από το γεγονός ότι οι πατέρες αισθάνονται εξαρτημένοι από την ομάδα των ειδικών θεραπειών που παρακολουθεί το παιδί, χάνοντας με αυτό το τρόπο το ρόλο μέσα στο σύστημα της οικογένειας (Γενά & Μπαλαμώτης, 2013). Ο γονεϊκός θυμός επηρεάζεται και από τη σοβαρότητα της αναπηρίας του παιδιού. Συνδυαστικά και οι δύο παράγοντες συντελούν στον επιπολασμό του γονεϊκού άγχους και κατ' επέκταση στην αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Benson & Karlof, 2009).

Συνοπτικά, η θλίψη των γονέων με παιδιά με αναπηρίες αποτελεί μέρος των σταδίων της προσαρμογής των γονέων στη γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία. Η σειρά με την οποία εμφανίζεται είναι μετά το σοκ, το θυμό, την άρνηση και πριν το στάδιο της αποδοχής. Η μετάβαση του γονέα από το ένα στάδιο στο άλλο δε γίνεται με γραμμικό τρόπο, όποτε συχνά αναβιώνονται συναισθήματα θλίψης, απώλειας και πένθους ιδιαίτερα στα μεταβατικά στάδια του παιδιού ακόμα και μετά από πολλά χρόνια (Blancher, 1984, Gray, 1993, Γενά & Μπαλαμώτης, 2013).

3.3. Κατάθλιψη και πνευματικότητα

Ο 20^{ος} αιώνας έχει καταδειχθεί ως ο αιώνας με τα χαμηλότερα ποσοστά ψυχικής υγείας καθώς ο βιομηχανοποιημένος τρόπος ζωής που εστιάζει στην απόκτηση μόνο υλικών αγαθών, περιθωριοποιεί έννοιες όπως η πνευματική ολοκλήρωση και το νόημα ζωής ακόμη και από την επιστημονική πρακτική και θεραπεία (Hassad, 2000). Παρόλα αυτά, ολοένα και περισσότερες έρευνες καταδεικνύουν ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ της πνευματικότητας και της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας και της κατάθλιψης γεγονός που σημαίνει ότι χαμηλά ποσοστά πνευματικότητας συνδέονται με αντίστοιχα ποσοστά ποιότητας ψυχικής υγείας στην οποία συμπεριλαμβάνονται συναισθήματα αβοηθησίας, έλλειψης νοήματος και κατ' επέκταση κατάθλιψης (Westgate, 1996, Lucette, Ironson, Pargament & Krause, 2016).

Στο σημείο αυτό ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει να παρακολουθήσουμε τη σύνδεση πνευματικότητας και κατάθλιψης σε πληθυσμούς με χρόνιες ασθένειες όπως το AIDS-HIV. Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες τα άτομα που νοσούν είτε είναι φορείς του AIDS-HIV έχουν τη τάση να εμφανίζουν ένα εύρος καταθλιπτικών συμπτωμάτων λόγω του κακού ανοσοποιητικού συστήματος, των μεγάλων ποσοστών θνησιμότητας από τον ιό και του στίγματος που φέρει η συγκεκριμένη νόσος που ως άμεσο αποτέλεσμα έχει την κοινωνική απομόνωση του ατόμου, την κοινωνική, οικονομική και ιατρική ανασφάλεια (Peterson, Johnson & Tenzek, 2010). Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι χαμηλά ποσοστά πνευματικότητας των ατόμων με AIDS-HIV αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα ύπαρξης κατάθλιψης (Yi, et al., 2006, Tuck & Thinganjana, 2007, Asby, Heads & Dickson, 2016). Αυτό συμβαίνει διότι η πνευματικότητα συντελεί στη καλύτερη ποιότητα ζωής, στη δημιουργία αίσθησης ευημερίας και ευεξίας των ασθενών και αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα ψυχικής ανθεκτικότητας και αντιμετώπισης της ασθένειας (Tuck, McCain & Elswick, 2001, Asby et al., 2016). Η πνευματικότητα μειώνει τα ποσοστά άγχους, προσφέρει παρηγοριά, αίσθηση ελέγχου της ζωής τους και ψυχική ενδυνάμωση. Μέσω της πνευματικότητας, τα άτομα ωθούνται να συμμετάσχουν σε θρησκευτικές τελετουργίες και ομάδες οι οποίες μπορεί να παρέχουν στους ασθενείς υποστήριξη γεγονός που φαίνεται ότι τους επηρεάζει ως προς την εξέλιξη της ασθένειας τους (Ironson, Stuetzle, & Fletcher, 2006) (Peterson, et al., 2010). Τέλος,

αναφορικά με τις μητέρες με AIDS-HIV η πνευματικότητα μειώνει τα επίπεδα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ενισχύει την ικανότητα τους να διατηρήσουν τη συνοχή της οικογένειας αλλά και να ανταποκριθούν στο γονεϊκό τους ρόλο παρά την επιβάρυνση της υγείας τους (Murphy, Marelich, Stritto, Swendeman & Witkin, 2002, Asby et al., 2016).

Αναφορικά με τον πληθυσμό των γονέων με παιδιά με αναπηρίες, γίνεται φανερό ότι η πνευματικότητα δρα ευεργετικά στην ψυχική τους υγεία, ενισχύοντας την ψυχική του ανθεκτικότητα και μειώνοντας τα ποσοστά της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Skinner, Correa, Skinner, & Bailey, 2001, Hastings & Taunt, 2002, Schwartz & Tsumi, 2003, Duvdevany & Vudinsky, 2005, Sira, et al., 2014, Salkas, Magaña, Marques, & Mirza, 2016). Η πνευματικότητα και η πίστη βοηθούν τους γονείς παιδιών με αναπηρίες να προσαρμοστούν θετικά και αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των παιδιών τους καθώς και το ψυχικό βάρος που υφίστανται (Gray, 2006). Επίσης μειώνει το αίσθημα άγχους σε σχέση με την ανατροφή ενός παιδιού (Salkas, et al., 2016).

Σε αντίθεση με όσα αναφέρθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο, σε κάποιες έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι οι γονείς παιδιών με αναπηρίες που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα πνευματικότητας, εμφανίζουν και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (Gallagher, Phillips, Lee, & Carroll, 2015). Για τους γονείς αυτούς οι πνευματικότητα και η επαφή με το Θεό αποτελεί το τελευταίο καταφύγιο τους, τη τελευταία τους ελπίδα απέναντι στη δύσκολη κατάσταση που βιώνουν. Παρατηρείται επίσης χαμηλό ποσοστό κοινωνικής στήριξης στους γονείς αυτούς και έντονα συναισθήματα απογοήτευσης και θυμού. Επίσης, ένας ακόμη παράγοντας που θα μπορούσε να ερμηνεύσει το γεγονός της θετικής συσχέτισης πνευματικότητας και κατάθλιψης είναι η ύπαρξη δύο μορφών αντιμετώπισης, ενός θετικού μοντέλου στο οποίο το άτομο μέσω της επαφής με την πνευματικότητα αναζητά και λαμβάνει στήριξη από τους κληρικούς και βιώνει λυτρωτικά συναισθήματα και ενός αρνητικού μοντέλου, στο οποίο ο γονέας βιώνει την αναπηρία του παιδιού τους σαν τιμωρία από το Θεό, δε βιώνει συναισθήματα ικανοποίησης μέσω της θρησκείας ενώ η σχέση του με το Θεό έχει ανταποδοτικό χαρακτήρα, ζητώντας π.χ. την ίαση από την αναπηρία (Pargament, Koenig & Perez, 2000, Gallagher, et al., 2015).

3.4. Κατάθλιψη και στίγμα

Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που πραγματοποιήθηκε, έγινε φανερό η συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και του στίγματος σχέσης ή δεσμού για το πληθυσμό των ατόμων που στην οικογένεια τους έχουν άτομο που φέρει στίγμα (Östman & Kjellin, 2002, Perlick, Miklowitz, Link, Struening, Kaczynski, Gonzalez, Manning, Wolf & Rosenheck, 2007, Stjernswärd & Östman, 2008, Werner & Shulman, 2013, van der Sanden, Bos, Stutterheim, Pryor & Kok, 2015, Chen, Chang, Hui, Chan, Lee & Chen, 2016).

Οι γονείς ατόμων με ψυχικές ασθένειες εμφανίζουν σημαντικά ποσοστά στίγματος και κατάθλιψης. Ένας από τους λόγους των αρνητικών συναισθημάτων τους είναι ότι αισθάνονται ότι ο κοινωνικός περίγυρος τους, θεωρεί υπεύθυνους για την έναρξη αλλά και για την συνέχεια της ψυχικής ασθένειας στο παιδί τους καθώς και για την πιθανή μη σωστή χρήση της θεραπευτικής αγωγής του ασθενή, με αποτέλεσμα να νιώθουν έντονα συναισθήματα ντροπής, θεωρώντας τον εαυτό τους μολυσμένο (Corrigan, Watson & Miller, 2006). Επιπλέον, νιώθουν ότι αντιμετωπίζονται αρνητικά και ότι είναι δέκτες συμπεριφορών διακρίσεων από την κοινωνία, ειδικά όταν επισκέπτονται ειδικούς ψυχικής υγείας ή δημόσιους λειτουργούς που τους αντιμετωπίζουν επικριτικά, αναπαράγοντας και αυτοί την κυρίαρχη στάση της κοινωνίας ότι εκείνοι είναι υπεύθυνοι για την ψυχική ασθένεια του παιδιού τους (Stjernswärd & Östman, 2008, van der Sanden, Bos, Stutterheim, Pryor & Kok, 2015).

Παράλληλα, οι γονείς και οι συγγενείς λαμβάνουν την ετικέτα του στίγματος λόγω της σχέσης τους με το στιγματισμένο άτομο, νιώθοντας υπεύθυνοι για την ταυτότητα του στίγματος και ανίκανοι να τη διαχειριστούν. Άμεση συνέπεια του στιγματισμού τους είναι η αποφυγή των κοινωνικών συναναστροφών, το αίσθημα απόρριψης και παραίτησης. Αποξενώνονται από το φιλικό και κοινωνικό περίγυρο ενώ φοβούνται να μιλήσουν ανοιχτά και να αποκαλύψουν για την ψυχική ασθένεια του παιδιού τους (Larson & Corrigan, 2008, van der Sanden, Bos, Stutterheim, Pryor & Kok, 2013). Επίσης, τα συναισθήματα κατάθλιψης που σχετίζονται με το στίγμα δεσμού, προκαλούνται και από την αίσθηση απώλειας και του πένθους του προηγούμενου τρόπου ζωής της οικογένειας και των σχέσεων που ανέπτυξε η οικογένεια πριν την έναρξη της ψυχικής ασθένειας του παιδιού (Shah, Wadoo &

Latoo, 2010, van der Sanden et. al., 2013). Η αποφευκτικότητα που παρουσιάζουν οι γονείς ως προς την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας του παιδιού τους και η προτίμηση της κοινωνικής απόσυρσης ενισχύει με την σειρά του τη σχέση στίγματος δεσμού και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Perlick, et. al., 2007, van der Sanden, et al., 2015). Επίσης, σύμφωνα με τους Östman και Kjellin, (2002) φροντιστές ατόμων με ψυχικές διαταραχές δήλωσαν ότι θα προτιμούσαν να μην είχαν γνωρίσει το σύζυγο τους ή να είναι νεκρός ο συγγενής τους με ψυχική διαταραχή ή να αυτοκτονούσαν λόγω του έντονου ψυχικού φορτίου του στίγματος δεσμού αλλά και της κατάθλιψης που συχνά αντιμετωπίζουν.

Σύμφωνα με τις Ma & Mak (2016), το στίγμα δεσμού μπορεί να επηρεάσει και να επιδράσει στην αύξηση των ποσοστών καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους γονείς παιδιών με αναπηρίες. Αποτελεί συχνό φαινόμενο οι γονείς να θεωρούν τους εαυτούς τους υπεύθυνους για την αναπηρία του παιδιού τους και να κατηγορούν τους εαυτούς τους, ότι μετέφεραν στα παιδιά τους ελαττωματικά γονίδια. Επιπλέον, παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ανησυχίας στη σκέψη ότι μπορεί στο μέλλον να επιβαρύνουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας με τη φροντίδα του παιδιού τους με αναπηρία. Οι παραπάνω λόγοι, πού προκαλούνται από το γεγονός του στίγματός, αποτελούν έντονο ψυχικό φορτίο για τους γονείς των παιδιών με αναπηρίες, με άμεση συνέπεια την εμφάνιση καταθλιπτικών συναισθημάτων (Ma & Mak, 2016). Εξαιτίας των αισθημάτων ντροπής, ενοχής, αμηχανίας που περικλείονται στην ταυτότητα του στίγματος (Micheson, 2001, Green, 2007), περιορίζεται η θετική νοηματοδότηση που μπορεί να λάβει ένας γονέας μέσω της ανατροφής του παιδιού του (Micheson, 2001).

Παράγοντες που μπορούν να επιδράσουν ευεργετικά στους γονείς παιδιών με αναπηρίες με αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και στίγματος είναι η πίστη στο Θεό, η αυτοεκτίμηση (Perkins, Holburn, Deaux, Flory & Vietze, 2002) η θετική νοηματοδότηση αναφορικά με το γεγονός της ανατροφής του παιδιού και η κοινωνική υποστήριξη του γονέα (Werner & Shulman, 2013, Wong, Mak, & Liao, 2016). Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να μετριάσει το εύρος των αρνητικών συναισθημάτων του στίγματος και της κατάθλιψης στους γονείς παιδιών με αναπηρίες είναι η αυτοσυμπόνια. Πρόκειται στην ουσία, για μια στάση συμπεριφοράς σύμφωνα με την οποία το άτομο αναπτύσσει μια φροντιστική συμπεριφορά με συναισθήματα συμπόνιας προς τον εαυτό του όταν βρεθεί απέναντι

σε δυσκολίες και σε καταστάσεις που πιστεύει ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει (Neff & Faso, 2014, Wong et al., 2016). Επιπρόσθετα, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων μπορεί να αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα για τους γονείς που μεγαλώνουν ένα παιδί με ψυχικές διαταραχές αναφορικά με το στίγμα δεσμού και την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων τόσο πιο εύκολο και πιθανό είναι να αναζητήσουν οικονομικούς πόρους και δομές ψυχικής υγείας με αποτελεσματικότητα που θα μπορέσουν να τους στηρίξουν και να αναλάβουν τη φροντίδα των παιδιών τους ώστε να μπορέσουν και αυτοί ξεκουραστούν (Chang, Yen, Jang, Su & Lin, 2017).

Αξίζει ακόμη να σημειωθεί ότι το στίγμα δεσμού μπορεί να αποτελέσει προβλεπτικό παράγοντα της κατάθλιψης καθώς η εσωτερίκευση του αντιλαμβανόμενου στίγματος οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης (Pyne, Kuc, Schroeder, Fortney, Edlund & Sullivan, 2004). Τέλος, σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με γονείς παιδιών στο φάσμα του αυτισμού, αλλά και με νοητικές ή κινητικές αναπηρίες, υψηλότερα επίπεδα στίγματος και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας παρουσίασαν οι γονείς με παιδιά στο φάσμα του αυτισμού, λόγω των ιδιαίτερων συμπεριφορικών χαρακτηριστικών του παιδιού (Carpe et. al, 2011, Werner & Shulman, 2013, Neff & Faso, 2014).

Εκτός από τις έρευνες που έγιναν σε οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες, αντίστοιχες έλαβαν χώρα και σε κράτη της Αφρικής, (Gona, Newton, Hartley & Bunning, 2014, Masulani

-Mwale, Mat

2016). Στο Μαλάουι, οι γονείς των παιδιών με αναπηρίες υφίστανται διακρίσεις λόγω της αναπηρίας του παιδιού τους και βιώνουν έντονο στίγμα δεσμού λόγω του οποίου παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας όπως είναι η κατάθλιψη. Εκτός αυτού, στην ήδη επιβαρυνόμενη ψυχική τους υγεία λόγω του στίγματος και την κατάθλιψης, έρχεται να προστεθεί η απουσία προνοιακών κρατικών υπηρεσιών και υποδομών, τα αυξημένα ποσοστά διαζυγίων, η αποκλειστική φροντίδα του παιδιού τους από τους ίδιους, καταστάσεις που υφίστανται και στον δυτικό πολιτισμό. Αυτό που έρχεται σε αντίθεση με την δυτική κουλτούρα, είναι διαδεδομένες πρακτικές σε κάποιες τοπικές κοινότητες, σύμφωνα με τις οποίες οι γονείς εξαναγκάζονται να σκοτώσουν τα παιδιά τους με αναπηρίες. Άμεση συνέπεια του εξαναγκασμού, είναι οι οι γονείς να παρουσιάζουν αυτοκτονικές τάσεις, αύξηση των επιπέδων της

κατάθλιψης και του στίγματος (Masulani, Mwaikunga, Silungwe, Kauye & Gladstone, 2016).

4. Ερευνητικές υποθέσεις

Ο βασικός σκοπός της έρευνας, είναι η διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των παραγόντων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της πνευματικότητας και του στίγματος σε πληθυσμό γονέων παιδιών με αναπηρίες. Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, οι υποθέσεις της έρευνας διατυπώνονται ως ακολούθως:

H1) Η υπερβατικότητα (ικανοποίηση από τη προσευχή, καθολικότητα, συνδετικότητα) στους γονείς παιδιών με αναπηρίες σχετίζεται αρνητικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

H2) Η υπερβατικότητα (ικανοποίηση από τη προσευχή, καθολικότητα, συνδετικότητα) στους γονείς παιδιών με αναπηρίες σχετίζεται αρνητικά με το στίγμα δεσμού που βιώνουν.

H3) Η ύπαρξη στίγματος στους γονείς παιδιών με αναπηρίες σχετίζεται θετικά με την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

H4) Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων και των μεταβλητών της κατάθλιψης, της υπερβατικότητας και του στίγματος δεσμού.

- i. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο των γονέων αναφορικά με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, της υπερβατικότητας και του στίγματος.
- ii. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με την ύπαρξη υποστήριξης από τον άλλο γονέα σε σχέση με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, της υπερβατικότητας και του στίγματος.
- iii. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τα είδη της αναπηρίας του παιδιού σε σχέση με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, της υπερβατικότητας και του στίγματος.
- iv. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την οικογενειακή κατάσταση των γονέων σε σχέση με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, της υπερβατικότητας και του στίγματος.

- v. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη διαμονή των γονέων σε σχέση με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, της υπερβατικότητας και του στίγματος.
- vi. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά διαφορές ως προς την ηλικία των γονέων αναφορικά με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, της υπερβατικότητας και του στίγματος.
- vii. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά διαφορές ως προς την ηλικία των παιδιών αναφορικά με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, της υπερβατικότητας και του στίγματος.
- viii. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα αναφορικά με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, της υπερβατικότητας και του στίγματος.
- ix. Ο παράγοντας της εκπαίδευσης σχετίζεται θετικά με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, της υπερβατικότητας και του στίγματος στους γονείς.
- x. Ο παράγοντας του αριθμού των παιδιών σχετίζεται θετικά με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, της υπερβατικότητας και του στίγματος στους γονείς.

H5) Η υπερβατικότητα (καθολικότητα, συνδετικότητα, ικανοποίηση από τη προσευχή) και το στίγμα δεσμού μπορεί να αποτελέσει προβλεπτικό παράγοντα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

Κεφάλαιο 2^ο: Μεθοδολογία

1. Συμμετέχοντες/ουσες της έρευνας

Το τελικό δείγμα διαμορφώθηκε από την συμμετοχή στην δειγματοληψία 101 γονέων από το σύνολο των 310 ερωτηματολογίων που αρχικά δόθηκαν. Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος, αξίζει να αναφερθεί ότι ως προς το φύλο συμμετείχαν 83 γυναίκες και 18 άνδρες, ενώ η μέση τιμή για την ηλικία ήταν 37.7 έτη με ελάχιστη δηλωμένη τιμή τα 23 έτη και μέγιστη τα 55. Ως προς τη κατανομή με την εκπαίδευση το 4% των συμμετεχόντων δήλωσε απόφοιτοι Δημοτικού, το 3% Γυμνασίου, το 2% ΤΕΕ ενώ το 35,6% ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 29.7% απόφοιτοι ΤΕΙ και τέλος το 25.9% του δείγματος δήλωσαν ότι έχουν ολοκληρώσει ανώτατες σπουδές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Η κατανομή των ατόμων του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση αφορά το 87.9% την κατηγορία «Εγγαμος» και με πολύ μικρά ποσοστά ακολουθούν οι υπόλοιπες κατηγορίες (4% η κατηγορία «Άγαμος/η», 4% «Διαζευγμένος/η» και 2% «Χήρος/α»).

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (N=101)

Δημογραφικά	N	Σχετικές συχνότητες (%)
Φύλο		
Αντρας	18	17.8%
Γυναίκα	83	82.2%
Εκπαίδευση		
Δημοτικό	4	4.0%
Γυμνάσιο	3	3.0%
ΤΕΕ	2	2.0%
Λύκειο	36	35.6%
ΤΕΙ	30	29.7%
Πανεπιστήμιο	26	25.7%
Οικογενειακή κατάσταση		
Ανύπαντρος/η	4	4.0%
Παντρεμένος/η	87	87.9%
Διαζευγμένος/η ή Χωρισμένος	4	4.0%
Χήρος/α	2	2.0%
Άλλο	2	2.0%

Αναφορικά με την διαμονή, το 85.1% των γονέων παιδιών με αναπηρίες του δείγματος, δήλωσε ότι κατοικεί με την ή τον σύζυγο, το 6.9% με τους γονείς του, το 3% με άλλον συγγάτοικο και το 3% μόνος/η μαζί με τα παιδιά του. Εξετάζοντας το μηνιαίο εισόδημα, το 23.7% δήλωσε εισόδημα μέχρι 750€, το 39.8%, το οποίο είναι το υψηλότερο ποσοστό έχει δηλώσει εισόδημα έως 1500€, ενώ το 23.7% επέλεξε

την κατηγορία εισοδήματος από 1500 έως 2200€. Το υπόλοιπο 13% κατανέμεται ως εξής, το 9.7% μέχρι 3000€ και το 3.2% πάνω από 3000. Τέλος, αναφορικά με το συνολικό πλήθος παιδιών της οικογένειας, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (52.5%) δήλωσε ότι έχει 2 παιδιά, ένα παιδί δήλωσε το 19.8% του δείγματος και τρία παιδιά δήλωσε το 22.8% ενώ από τέσσερα παιδιά και πάνω δήλωσε το 5% των ατόμων του δείγματος.

Πίνακας 1 (συνέχεια): Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (N=101)

Δημογραφικά	N	Σχετικές συχνότητες (%)
Διαμονή		
Με τον/τη σύζυγο	86	85.1%
Με τους γονείς	7	6.9%
Με συγκάτοικο	5	5.0%
Μόνος/η με το/τα παιδιά	3	3.0%
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα		
Μέχρι 750 €	22	23.7%
Μέχρι 1500 €	37	39.8%
Μέχρι 2200 €	22	23.7%
Μέχρι 3000 €	9	9.7%
Πάνω από 3000 €	3	3.2%
Αριθμός παιδιών		
1	20	19.8%
2	53	52.5%
3	23	22.8%
4	3	3.0%

5 ή περισσότερα	2	2.0%
-----------------	---	------

Στη συνέχεια, γίνεται λόγος αναφορικά με τις αναπηρίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά των γονέων του δείγματος και με την ύπαρξη ή όχι υποστήριξης από τον/την σύζυγο. Όπως βλέπουμε στο Πίνακα 2, η αναπηρία με το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης στα παιδιά των γονέων του δείγματος είναι το φάσμα του αυτισμού με 48.5%. Ακολουθούν οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες και τα προβλήματα λόγου με 13.9% και 12.9% αντίστοιχα ενώ η νοητική καθυστέρηση συγκεντρώνει ποσοστό 7.9% και το σύνδρομο Down 6.9%. Σε σχέση με την ύπαρξη υποστήριξης (Πίνακας 3) από τον/την σύζυγο το 79.8% των γονέων που συμμετείχαν δήλωσαν ότι λαμβάνουν υποστήριξη από τον/την σύζυγο τους.

Πίνακας 2: Πίνακας με τις αναπηρίες των παιδιών των συμμετεχόντων (N=101)

Αναπηρία	N	Σχετικές συχνότητες (%)
Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	49	48.5%
Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες	14	13.9%
Προβλήματα Λόγου	13	12.9%
ΔΕΠ\Υ	5	5.0%
Σύνδρομο Down	7	6.9%
Νοητική Καθυστέρηση	9	8.9%
Προβλήματα Όρασης	3	3.0%

Πίνακας 3: Πίνακας ποσοστών υποστήριξης του/της συζύγου των συμμετεχόντων (N=101)

Υποστήριξη από τον/τη σύζυγο	N	Σχετικές Συχνότητες (%)
Ναι	81	79.8%
Όχι	20	20.2%

2. Ψυχομετρικά εργαλεία

Εκτός των δημογραφικών στοιχείων για κάθε δείγμα, στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τρία ψυχομετρικά εργαλεία. Το πρώτο αναφέρεται στην καταθλιπτική συμπτωματολογία, το δεύτερο στην πνευματικότητα και το τρίτο στο στίγμα.

2.1. Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμούμενης Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Questionnaire of Self Evaluated Depressive Symptomatology, [QD2])

Το QD2 αποτελεί την ελληνική έκδοση του ψυχομετρικού εργαλείου που κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε στη Γαλλία από τους Pichot et al. Ως στόχο είχε τη αξιολόγηση και τη μέτρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ενήλικα άτομα. Αποτελείται από 52 δηλώσεις αυτοαναφοράς, οι οποίες απαντώνται με «σωστό» ή «λάθος» και περιγράφουν τα συναισθηματικά, γνωστικά και σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης όπως τα βιώνει το εκάστοτε άτομο τη συγκεκριμένη στιγμή. Το άθροισμα των απαντήσεων «σωστό» αποτελεί τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου και κυμαίνεται από 0-52. Όσο μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνει ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας παρουσιάζει.

Εκτός αυτού, αξίζει να σημειωθεί ότι το ερωτηματολόγιο QD2 αποτελεί προϊόν της ανάλυσης περιεχομένου των τεσσάρων πιο γνωστών ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς που πραγματεύονται τη κατάθλιψη: α) του «Hopkins Symptoms

CheckList», β) της γαλλικής έκδοσης του «Beck Depression Inventory», γ) της κλίμακας D του «Minnesota Multiphasic Personality Inventory», και δ) της κλίμακας D του «Zung Self-Rating Depression Scale» (Τζονιχάκη, Μαλικιώση & Κλεφτάρας, 2013).

Ο συντελεστής ομοιογένειας Φ στα ερωτήματα υπερβαίνει το κατώτερο όριο σημαντικότητας (.01,) εκτός από δύο ερωτήματα στα οποία ο δείκτης σημαντικότητας είναι το (.05). Το QD2 έχει καλή αξιοπιστία (μέθοδος των δύο ημίσεων, τύπος Spearman-Brown) μελετημένη σε τέσσερις ομάδες: καταθλιπτικών (.93), φυσιολογικών (.92), οργανικών (.95) και ψυχιατρικών ασθενών (.94)

Επίσης, το ερωτηματολόγιο αυτό έχει μια καλή συγχρονική εγκυρότητα σύμφωνα με τρία κριτήρια: (α) σύγκριση μεταξύ ομάδων καταθλιπτικών και μη καταθλιπτικών ατόμων (φυσιολογικών, οργανικών και ψυχιατρικών ασθενών), (β) συσχετίσεις με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Zung και (γ) συσχετίσεις με το επίπεδο κατάθλιψης, όπως αυτό εκτιμήθηκε κλινικά. Επίσης, παρουσιάζει ικανοποιητική παραγοντική δομή που μελετήθηκε τόσο σε δείγματα νέων όσο και ηλικιωμένων. Επιπρόσθετα περιέχει ένα γενικό παράγοντα και η μέθοδος περιστροφής Varimax οδήγησε σε τρεις παράγοντες: το αίσθημα απώλειας της ζωτικής δύναμης, την καταθλιπτική απαισιόδοξη διάθεση και το άγχος. Σύμφωνα με την έρευνα που διενέργησαν οι (Pichot et. al) σε άτομα με και χωρίς καταθλιπτικές διαταραχές, ο μέσος όρος 32.22 (11.07) στο QD2 δηλώνει στατιστικά σημαντική κατάθλιψη και υποδεικνύει καταθλιπτικές περιπτώσεις, ενώ ο μέσος όρος κατάθλιψης των 9.57 (7.67) αντιστοιχεί σε φυσιολογικές καταστάσεις. Τέλος, προσαρμόστηκε κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα από μια ομάδα τριών δίγλωσσων ψυχολόγων και οι σχετικές μελέτες δείχνουν ότι έχει καλή ομοιογένεια και καλή αξιοπιστία (Kleftaras & Psarra, 2012, Κλεφτάρας & Τζονιχάκη, 2012, Psarra & Kleftaras, 2013).

2.2. Κλίμακα υπερβατικότητας (Spiritual Transcendence Scale)

Το ερωτηματολόγιο (ASPIRES) είναι ένα ψυχομετρικό εργαλείο το οποίο δεν έχει συγκεκριμένη θρησκευτική κατεύθυνση και για αυτό το λόγο μπορεί να χορηγηθεί σε άτομα διαφόρων θρησκειών καθώς και σε άτομα που δηλώνουν άθεοι ή αγνωστικιστές. Κατασκευάστηκε από τον Piedmont (Piedmont, 2004a στο Piedmont, Werdel & Fernando, 2009) με στόχο τη μέτρηση της πνευματικότητας

και αποτελείται από δύο κατηγορίες: α) συναισθήματα σε σχέση με τη θρησκεία (12 προτάσεις) και β) υπερβατικότητα (23 προτάσεις). Στη συγκεκριμένη έρευνα, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της υπερβατικότητας (Spiritual Transcendence Scale), το οποίο περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες: α) «καθολικότητα», που μιλάει για το ενωτικό χαρακτήρα της ζωής και για την ύπαρξη σκοπού ζωής β) «ικανοποίηση από προσευχή», που αναφέρεται στα αίσθημα χαράς και ικανοποίησης που προκύπτει μέσα από τη διαδικασία της προσευχής και του διαλογισμού, β) «συνδετικότητα», που μετράει το αίσθημα προσωπικής ευθύνης και σύνδεσης με τους άλλους. Εκτός αυτού, αξίζει να σημειωθεί ότι στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο παρατηρείται σημαντική αξιοπιστία τόσο στο συνολικό σκορ που αντιπροσωπεύει την υπερβατικότητα (.89), όσο και στα σκορ που συγκεντρώνουν οι υποκλίμακες (.94, .78, .49, για τη Καθολικότητα, την Ικανοποίηση από τη προσευχή, τη Συνδετικότητα αντίστοιχα) (Piedmont, Werdel & Fernando, 2009).

Το παρόν εργαλείο δεν είναι σταθμισμένο στην Ελλάδα αλλά έχει προσαρμοστεί και μεταφραστεί σύμφωνα με τη διαδικασία της αντίστροφης ανεξάρτητης μετάφρασης, ενώ έχουν γίνει έρευνες που δείχνουν ότι μπορεί να λειτουργήσει και σε πολυπολιτισμικό επίπεδο με δείγμα ινδουιστών, μουσουλμάνων και χριστιανών (Piedmont, 2007, Piedmont et al., 2009).

2.3. Κλίμακα Στίγματος Δεσμού (Affiliate Stigma Scale)

Το ερωτηματολόγιο Στίγματος Δεσμού κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε στην Κίνα από τις Mak & Cheung (2008), στο Πανεπιστήμιο του Χονγκ - Κονγκ. Εννοιολογικά το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο αναφέρεται στο στίγμα που βιώνουν τα άτομα που είναι στενά συνδεδεμένα με ένα άτομο που θεωρείται κοινωνικά στιγματισμένο όπως είναι οι φροντιστές, οι γονείς ή τα μέλη της οικογένειας του ακόμη και οι φίλοι. Τα άτομα αυτά, εσωτερικεύουν την ταυτότητα του στίγματος που φέρνουν οι κοντινοί τους άνθρωποι. Είναι πιθανό, λοιπόν, να αισθανθούν δυστυχισμένα, αβοήθητα και αδύναμα εξαιτίας της σχέσης τους με το στιγματισμένο άτομο και να παρουσιάσουν αδυναμία να διαχειριστούν τα συναισθήματα τους και να βιώνουν κοινωνική απόσυρση (Mak & Cheung, 2008).

Από το 2008 μέχρι σήμερα το ερωτηματολόγιο του στίγματος δεσμού έχει χρησιμοποιηθεί σε μια σειρά ερευνών σε διαφορετικές χώρες και ο πληθυσμός στον οποίο απευθυνόταν ήταν οι γονείς και οι φροντιστές παιδιών με ψυχική ασθένειες όπως είναι η ψύχωση, η σχιζοφρένεια κ. α. (Chen, Chang, Hui, Chan, Lee & Chen,

2016, Huang, Li & Shu, 2016, Chang, Yen, Jang, Su & Lin, 2017) καθώς και με παιδιά με αναπηρίες όπως είναι το φάσμα του αυτισμού, η νοητική αναπηρία οι κινητικές αναπηρίες, οι αναπτυξιακές διαταραχές κ. α. (Chiu, Yang, Wong, Li & Li, 2013, Werner & Shulman, 2013, Werner & Shulman, 2015, Ma & Mak, 2016, Wong, Mak & Liao, 2016).

Αποτελείται από μία κλίμακα 22 προτάσεων, στην οποία οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν το βαθμό κατά τον οποίο οι συγκεκριμένες προτάσεις ανταποκρίνονται στη δική τους περίπτωση με βάση τη διαβάθμιση μιας 4-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert, από 1 (Καθόλου) μέχρι το 4 (Πάρα πολύ). Ως στόχο έχει να μετρήσει κατά πόσο οι φροντιστές εσωτερικεύουν το στίγμα του ατόμου με το οποίο συνδέονται. Επιπλέον, οι ερωτήσεις χωρίζονται σε τρεις υποκλίμακες που αναφέρονται στη συναισθηματική, στη γνωστική και στη συμπεριφοριστική διάσταση του στίγματος, διαχωρισμό που συμφωνεί με τις προτάσεις του Pachankis (2007).

Οι Chang, Su, Tsai, Liu & Lin (2015), χρησιμοποίησαν δύο ψυχομετρικές μεθόδους, τη κλασική θεωρία δοκιμών (classical test theory, CTT) και την ανάλυση Rasch με σκοπό την ανάλυση και την διερεύνηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της κλίμακας Στίγματος δεσμού (Affiliate Stigma Scale), πράγμα το οποίο επιβεβαιώθηκε. Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι τρεις υποκλίμακες, οι συναισθηματικές επιδράσεις, γνωστικές επιδράσεις και συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ξεχωριστοί μονοδιάστατοι παράγοντες. Ακόμη, οι παραπάνω παράγοντες παρουσιάζουν καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (συναισθηματικές επιδράσεις: Cronbach's $\alpha = 0.87$), (γνωστικές επιδράσεις: Cronbach's $\alpha = 0.90$), (συμπεριφορικές επιδράσεις: Cronbach's $\alpha = 0.85$) ενώ για το συνολικό σκορ παρατηρήθηκε (Cronbach's $\alpha = 0.94$).

Τέλος, για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας το εργαλείο αυτό μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά στη συνέχεια από τα ελληνικά στα αγγλικά και προσαρμόστηκε κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα από μία ομάδα τριών δίγλωσσων ειδικών ψυχικής υγείας. Να αναφερθεί, ότι στην αγγλική γλώσσα είχε μεταφραστεί από τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου, οι οποίοι προσπάθησαν να εξασφαλιστεί η γλωσσική και εννοιολογική ισοδυναμία κατά τη μεταφορά της του ερωτηματολογίου από την κινεζική στην αγγλική γλώσσα.

3. Διαδικασία-Συλλογή υλικού

Τα τρία ερωτηματολόγια στα οποία έγινε αναφορά παραπάνω, συνοδεύτηκαν και από ένα σύντομο επιπρόσθετο ερωτηματολόγιο, στο οποίο συμπεριλαμβάνονταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση, η διαμονή, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, η ύπαρξη παιδιών, η αναπηρία που αντιμετωπίζει το κάθε παιδί και η ύπαρξη υποστήριξης από τον/την σύζυγο.

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συμπτωματικής δειγματοληψίας μέσα από ένα τυχαίο δείγμα ευχέρειας. Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε μέσω της συμπλήρωσης των παραπάνω ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους συμμετέχοντες ως ένα ενιαίο σύνολο, που απαρτιζόταν από τέσσερα μέρη καθώς και από ένα διευκρινιστικό σημείωμα που τους ενημέρωνε για την έννοια της πνευματικότητας και τις διαστάσεις της και από ένα εισαγωγικό σημείωμα που ενημέρωνε τους συμμετέχοντες-γονείς για τους σκοπούς της έρευνας. Συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια διαμοιράστηκαν έντυπα μέσω του Συλλόγου Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων με Αυτισμό Ν. Λάρισας, του ΚΕΔΔΥ Λάρισας, του ΚΨΥ Λάρισας. Κάθε υποκείμενο, αφού ενημερώνονταν για τους σκοπούς της έρευνας και λάμβανε τη διαβεβαίωση για την ανωνυμία των προσωπικών του δεδομένων και της συμμετοχής του, ρωτούνταν αν επιθυμούσε να συμμετάσχει εθελοντικά στην έρευνα μέσω της ερευνήτριας (Παράρτημα Α).

Κεφάλαιο 3^ο: Αποτελέσματα

1. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Στο πρώτο στάδιο της ανάλυσης των δεδομένων πραγματοποιήθηκε η παραγοντική ανάλυση των ψυχομετρικών εργαλείων (υπερβατικότητα, στίγμα δεσμού, καταθλιπτική συμπτωματολογία) που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Οι παράγοντες που προέκυψαν ήταν σε γενικές γραμμές αντίστοιχοι με αυτούς των κατασκευαστών. Οι διαφορές που παρατηρήθηκαν ενδεχομένως οφείλονται στο μικρό δείγμα της παρούσας έρευνας. Οπότε στις αναλύσεις που θα ακολουθήσουν για την επιβεβαίωση των υποθέσεων, χρησιμοποιήθηκαν οι υποκλίμακες των ερωτηματολογίων που προτείνουν οι κατασκευαστές. Η παραγοντική δομή των ερωτηματολογίων, έτσι όπως εμφανίζεται στο δείγμα, παρουσιάζεται αναλυτικά στο (Παράρτημα Β).

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας με σκοπό να διαπιστωθεί αν θα χρησιμοποιηθούν στις στατιστικές μας αναλύσεις παραμετρικά ή μη παραμετρικά εργαλεία. Στη συνέχεια, για την διερεύνηση των ερευνητικών μας υποθέσεων πραγματοποιήθηκε συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της αυτοεκτιμώμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τους παράγοντες της υπερβατικότητας (ικανοποίηση από την προσευχή, συνδεδετικότητα, καθολικότητα) και του στίγματος με το εργαλείο συσχέτισης του Spearman (ρ). Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία, πραγματοποιήθηκε σύγκριση τάξεων μεγεθών με τη χρήση Kruskal- Wallis (H) για κάθε μεταβλητή ξεχωριστά αναφορικά με τους παράγοντες της υπερβατικότητας (ικανοποίηση από την προσευχή, συνδεδετικότητα, καθολικότητα), της αυτοεκτιμώμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του στίγματος δεσμού εκτός από το φύλο και την ύπαρξη υποστήριξης από το γονέα, για το οποίο πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων μέσω του εργαλείου Mann-Whitney. Τέλος, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή παλινδρόμηση της αυτοεκτιμώμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας (υπερβατικότητα: ικανοποίηση από τη προσευχή, καθολικότητα, συνδεδετικότητα), προκειμένου να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό μπορεί να προβλεφθεί η αυτοεκτιμώμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία από τις υπόλοιπες μεταβλητές. Ακολουθεί αναλυτική περιγραφή όσων αναφέρθηκαν στα επόμενα υποκεφάλαια.

2. Έλεγχος κανονικότητας κλιμάκων

Σε αυτό το στάδιο των αναλύσεων πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικής κατανομής, ώστε να ελεγχθεί η κανονικότητα των μεταβλητών της έρευνας, προκειμένου να αποφασιστεί, αν θα προχωρήσουμε στη χρήση παραμετρικών ή μη παραμετρικών εργαλείων ανάλυσης των δεδομένων μας. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, πως οι μεταβλητές στον έλεγχο κανονικής κατανομής με το στατιστικό κριτήριο των Kolmogorov-Smirnov δεν παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Για το λόγο αυτό, για τις συσχετίσεις θα χρησιμοποιηθεί η μέθοδος του Spearman (ρ) καθώς και τα μη παραμετρικά εργαλεία Mann Whitney και Kruskal-Wallis.

3. Σχέση μεταξύ της υπερβατικότητας, της αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του στίγματος δεσμού

Στο επόμενο βήμα των αναλύσεων για την εξαγωγή αποτελεσμάτων, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις προκειμένου να επιβεβαιωθούν ή να απορριφθούν οι ερευνητικές υποθέσεις (H_1 , H_2 , H_3). Συγκεκριμένα υπολογίστηκε η συσχέτιση των παραγόντων της υπερβατικότητας, της αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του στίγματος δεσμού με βάση το κριτήριο συσχέτισης Spearman (ρ).

Σύμφωνα με τον (Πίνακα 4), παρατηρείται ο παράγοντας της αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας να παρουσιάζει σημαντική θετική συσχέτιση με την μεταβλητή, στίγμα δεσμού ($\rho=.64$, $p<.01$) και τους επιμέρους παράγοντες της, που είναι συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος ($\rho=.70$, $p<.01$), γνωστικές επιδράσεις του στίγματος ($\rho=.60$, $p<.01$), και συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος ($\rho=.51$, $p<.01$). Παράλληλα, η συνδετικότητα παρουσιάζει σημαντική αρνητική συσχέτιση με το παράγοντα του στίγματος δεσμού ($\rho=-.23$, $p<.01$), όπως και με τις υποκατηγορίες του που είναι συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος ($\rho=-.22$, $p<.01$), γνωστικές επιδράσεις του στίγματος ($\rho=-.21$, $p<.01$) και συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος ($\rho=-.26$, $p<.01$).

Πίνακας 4: Συσχέτιση (Spearman ρ) της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της υπερβατικότητας και του στίγματος δεσμού.

	Στίγμα Δεσμού				Καταθλιπτική Συμπτωματολογία
	Συνολικό σκορ	Συναισθηματικές επιδράσεις	Γνωστικές επιδράσεις	Συμπεριφορικές επιδράσεις	
Καταθλιπτική Συμπτωματολογία	.64**	.70**	.60**	.51**	-
Υπερβατικότητα	-.10	-.03	-.08	-.17	.13
<i>Ικανοποίηση από την προσευχή</i>	-.03	.08	-.02	-.11	.03
<i>Καθολικότητα</i>	.11	.16	.12	.63	.03
<i>Συνδετικότητα</i>	-.23*	-.22*	-.21*	-.26**	.19

$N=101$, * $p < .05$ ** $p < .01$

4. Διαφορές μεταξύ Ανδρών και Γυναικών ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού

Προκειμένου να απαντηθεί η ερευνητική υπόθεση (H4i) σχετικά με την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας και του φύλου, πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων Mann-Whitney. Ο έλεγχος Mann-Whitney έδειξε ότι τα επίπεδα υπερβατικότητας ήταν μεγαλύτερα για τις γυναίκες του δείγματος ($Mdn. = 39.50$) από αυτά των ανδρών ($Mdn. = 25.46$), $U(18,83) = 240.00$, $p < .05$. Επίσης, οι βαθμολογίες στον επιμέρους παράγοντα της υπερβατικότητας, την καθολικότητα είναι υψηλότερες για το γυναικείο φύλο ($Mdn. = 39.83$) απ' ότι στο ανδρικό ($Mdn. = 23.96$), $U(18,83) = 220.50$, $p < .05$.

Πίνακας 5: Συγκρίσεις (*Mann-Whitney*) μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού.

	Φύλο				<i>U</i>
	Άνδρες		Γυναίκες		
	<i>(N=18)</i>		<i>(N=83)</i>		
	<i>M.O. ^a</i>	<i>Mdn. ^b</i>	<i>M.O. ^a</i>	<i>Mdn. ^b</i>	
Καταθλιπτική Συμπτωματολογία	17.08	37.73	14.95	36.84	380.50
Υπερβατικότητα	8.83	25.46	10.06	39.50	240.00*
1.Ικανοποίηση από την προσευχή	2.81	29.27	3.27	38.68	289.50
2.Καθολικότητα	2.86	23.96	3.40	39.83	220.50*
3.Συνδετικότητα	3.17	30.54	3.39	38.40	306.00
Στίγμα Δεσμού	3.36	43.58	3.10	34.30	278.50
1.Συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος	22.38	42.62	20.30	33.88	278.00
2.Γνωστικές επιδράσεις του στίγματος	23.15	41.88	22.00	34.68	300.50
3.Συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος	28.31	44.42	25.78	34.11	267.50

N=101, * *p*< .05

a. *M.O.* = Μέσοι όροι

b. *Mdn.* = Median (Διάμεση Τιμή)

5. Διαφορές μεταξύ της ύπαρξης και μη υποστήριξης από τον άλλο γονέα ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού

Επιπλέον, ο έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων Mann-Whitney χρησιμοποιήθηκε ξανά με σκοπό τη διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικών σημαντικών διαφορών, προκειμένου να απαντηθεί η ερευνητική υπόθεση (H4ii), μεταξύ του παράγοντα της υποστήριξης από τον άλλο γονέα και των μεταβλητών της υπερβατικότητας, της αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του στίγματος δεσμού. Ειδικότερα, σύμφωνα με τον Πίνακα 6, γίνεται αντιληπτό ότι η αυτοεκτιμούμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν μεγαλύτερη στους γονείς που δεν είχαν υποστήριξη και γονέα του παιδιού τους ($Mdn. = 58.21$) από τους γονείς που έλαβαν υποστήριξη ($Mdn. = 44.79$), $U(79,22) = 509.00$, $p < .05$. Ακόμη, υψηλά επίπεδα υπερβατικότητας συγκέντρωσαν τα άτομα που τυγχάνουν υποστήριξης από τον άλλο γονέα ($Mdn. = 51.07$) από τα άτομα που δεν λαμβάνουν υποστήριξη και γονέα του παιδιού τους ($Mdn. = 33.42$), $U(79,22) = 445.00$, $p < .01$. Αναφορικά με τους επιμέρους παράγοντες της υπερβατικότητας, παρατηρείται ότι τα άτομα που λαμβάνουν υποστήριξη από τον άλλο γονέα συγκεντρώνουν επίπεδα ικανοποίησης απρο την προσευχή τους ($Mdn. = 51.93$) από τους γονείς χωρίς υποστήριξη από τον άλλο γονέα ($Mdn. = 30.00$), $U(79,22) = 380.00$, $p < .01$. Τέλος, έλεγχος Mann-Whitney έδειξε ότι η καθολικότητα ήταν μεγαλύτερη για τα άτομα με υποστήριξη από τον άλλο γονέα τους παιδιού τους ($Mdn. = 52.10$) από αυτούς που δεν λάμβαναν υποστήριξη ($Mdn. = 29.34$), $U(79,22) = 367.50$, $p < .01$.

Πίνακας 6: Συγκρίσεις (*Mann-Whitney*) αναφορικά με την υποστήριξη από το γονέα και την αυτοεκτιμώμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού.

	Υποστήριξη του άλλου γονέα				
	Ναι		Όχι		
	(N=79)		(N=22)		<i>U</i>
	<i>M.O.</i> ^a	<i>Mdn.</i> ^b	<i>M.O.</i> ^a	<i>Mdn.</i> ^b	
Καταθλιπτική Συμπτωματολογία	12.20	44.79	18.00	58.21	509.00*
Υπερβατικότητα	10.24	51.07	9.18	33.42	445.00**
1.Ικανοποίηση από την προσευχή	3.38	51.93	2.81	30.00	380.00**
2.Καθολικότητα	3.45	52.10	2.99	29.34	367.50**
3.Συνδετικότητα	3.41	47.91	3.37	45.89	682.00
Στίγμα Δεσμού	3.27	47.61	3.16	41.59	554.00
1.Συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος	21.80	46.82	20.59	42.41	568.00
2.Γνωστικές επιδράσεις του στίγματος	23.05	48.03	21.94	39.76	523.00
3.Συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος	26.89	46.41	26.88	44.09	569.00

N=101, * $p < .05$ ** $p < .01$

a. *M.O.* = Μέσοι όροι

b. *Mdn.* = Median (Διάμεση Τιμή)

6. Διαφορές μεταξύ των ειδών αναπηρίας ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού

Στη συνέχεια προχωρήσαμε σε στατιστικούς ελέγχους με σκοπό τη διερεύνηση της ερευνητικής υπόθεσης (H4iii), προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των ειδών αναπηρίας του παιδιού και των μεταβλητών της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της υπερβατικότητας και του στίγματος δεσμού.

6.1 Είδη αναπηρίας και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Ο έλεγχος Kruskal-Wallis για την ανάλυση διασποράς (Kruskal- Wallis one way analysis of variance by ranks), έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του είδους της αναπηρίας του παιδιού και του παράγοντα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας για τους γονείς με παιδί με σύνδρομο Down ($T.M. = 72.58$), για τους γονείς με παιδί στο φάσμα του αυτισμού ($T.M. = 54.23$), για τους γονείς με παιδί με νοητική καθυστέρηση ($T.M. = 54.06$), για τους γονείς με παιδί με ΔΕΠ/Υ ($T.M. = 46.75$), για τους γονείς με παιδί με μαθησιακές δυσκολίες ($T.M. = 37.32$), για τους γονείς με παιδί με προβλήματα λόγου ($T.M. = 28.29$) και για τους γονείς με παιδί με τύφλωση ($T.M. = 22.50$), $H(6) = 17.30$, $p < .01$.

6.2 Είδη αναπηρίας και υπερβατικότητα

Αναφορικά με την μεταβλητή της υπερβατικότητας, αξίζει να αναφερθεί ότι μέσω του ελέγχου Kruskal-Wallis παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα είδη αναπηρίας του παιδιού, για τους γονείς με παιδί με ΔΕΠ/Υ ($T.M. = 82.88$), για τους γονείς με παιδί στο φάσμα του αυτισμού ($T.M. = 82.88$), για τους γονείς με παιδί με νοητική καθυστέρηση ($T.M. = 82.88$), για τους γονείς με παιδί με τύφλωση ($T.M. = 82.88$), για τους γονείς με παιδί με μαθησιακές δυσκολίες ($T.M. = 82.88$), για τους γονείς με παιδί με σύνδρομο Down ($T.M. = 82.88$) και για τους γονείς με παιδί με προβλήματα λόγου ($T.M. = 82.88$), $H(6) = 27.18$, $p < .001$.

Επιπλέον, ο έλεγχος Kruskal-Wallis κατέδειξε την ύπαρξη στατιστικής σημαντικής διαφοράς του παράγοντα της ικανοποίησης από την προσευχή με τα είδη της αναπηρίας του παιδιού, για τους γονείς με παιδί με ΔΕΠ/Υ ($T.M. = 74.50$), για τους γονείς με παιδί με τύφλωση ($T.M. = 63.50$), για τους γονείς με παιδί στο φάσμα του αυτισμού ($T.M. = 55.10$), για τους γονείς με παιδί με σύνδρομο Down

($T.M. = 54.67$), για τους γονείς με παιδί με νοητική καθυστέρηση ($T.M. = 44.00$), για τους γονείς με παιδί με μαθησιακές δυσκολίες ($T.M. = 38.32$) και για τους γονείς με παιδί με προβλήματα λόγου ($T.M. = 82.88$), $H(6) = 19.17, p < .01$.

Αναφορικά με την μεταβλητή της καθολικότητας, παρατηρήθηκε μέσω του στατιστικού ελέγχου Kruskal-Wallis στατιστική σημαντική διαφορά με τα είδη της αναπηρίας του παιδιού για τους γονείς με παιδί με ΔΕΠ/Υ ($T.M. = 66.50$) για τους γονείς με παιδί στο φάσμα του αυτισμού ($T.M. = 58.00$), για τους γονείς με παιδί με τύφλωση ($T.M. = 55.00$) για τους γονείς με παιδί με μαθησιακές δυσκολίες ($T.M. = 41.64$), για τους γονείς με παιδί με νοητική καθυστέρηση ($T.M. = 37.81$), για τους γονείς με παιδί με προβλήματα λόγου ($T.M. = 74.50$) και για τους γονείς με παιδί με σύνδρομο Down ($T.M. = 18.33$), $H(6) = 20.38, p < .01$.

Ο έλεγχος Kruskal-Wallis για την ανάλυση (Kruskal- Wallis one way analysis of variance by ranks), έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ του είδους της αναπηρίας του παιδιού και του παράγοντα της συνδετικότητας για τους γονείς με παιδί με ΔΕΠ/Υ ($T.M. = 78.75$), για τους γονείς με παιδί με μαθησιακές δυσκολίες ($T.M. = 59.46$), για τους γονείς με παιδί με νοητική καθυστέρηση ($T.M. = 57.19$), για τους γονείς με παιδί στο φάσμα του αυτισμού ($T.M. = 50.82$), για τους γονείς με παιδί σύνδρομο Down ($T.M. = 40.33$), για τους γονείς με παιδί με προβλήματα λόγου ($T.M. = 22.62$) και για τους γονείς με παιδί με τύφλωση ($T.M. = 12.50$), $H(6) = 23.29, p < .01$.

6.3 Είδη αναπηρίας και στίγμα δεσμού

Αναφορικά με την μεταβλητή του στίγματος δεσμού, παρατηρήθηκε μέσω του στατιστικού ελέγχου Kruskal-Wallis στατιστικά σημαντική διαφορά με τα είδη της αναπηρίας του παιδιού για τους γονείς με παιδί με τύφλωση ($T.M. = 74.00$), για τους γονείς με παιδί με προβλήματα λόγου ($T.M. = 72.35$), για τους γονείς με παιδί με ΔΕΠ/Υ ($T.M. = 61.38$), για τους γονείς με παιδί με νοητική καθυστέρηση ($T.M. = 53.50$), για τους γονείς με παιδί με μαθησιακές δυσκολίες ($T.M. = 49.79$), για τους γονείς με παιδί στο φάσμα του αυτισμού ($T.M. = 39.78$), για τους γονείς με παιδί με σύνδρομο Down ($T.M. = 22.42$), $H(6) = 23.26, p < .01$.

Επιπρόσθετα, ο έλεγχος Kruskal-Wallis κατέδειξε την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς του παράγοντα των συναισθηματικών επιδράσεων του στίγματος δεσμού με τα είδη της αναπηρίας του παιδιού, για τους γονείς με παιδί με

προβλήματα λόγου ($T.M. = 65.77$), για τους γονείς με παιδί με τύφλωση ($T.M. = 65.00$), για τους γονείς με παιδί με μαθησιακές δυσκολίες ($T.M. = 51.25$), για τους γονείς με παιδί με νοητική καθυστέρηση ($T.M. = 49.13$), για τους γονείς με παιδί με ΔΕΠ/Υ ($T.M. = 44.38$), για τους γονείς με παιδί στο φάσμα του αυτισμού ($T.M. = 42.45$) και για τους γονείς με παιδί με σύνδρομο Down ($T.M. = 24.25$), $H(6) = 13.32, p < .05$.

Όσον αφορά τον επιμέρους παράγοντα του στίγματος δεσμού, γνωστικές επιδράσεις του στίγματος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα είδη της αναπηρίας των παιδιών για τους γονείς με παιδί με τύφλωση ($T.M. = 86.00$), για τους γονείς με παιδί με προβλήματα λόγου ($T.M. = 71.96$), για τους γονείς με παιδί με ΔΕΠ/Υ ($T.M. = 63.13$), για τους γονείς με παιδί με νοητική καθυστέρηση ($T.M. = 49.99$), για τους γονείς με παιδί με μαθησιακές δυσκολίες ($T.M. = 48.86$), για τους γονείς με παιδί στο φάσμα του αυτισμού ($T.M. = 40.13$) και για τους γονείς με παιδί με σύνδρομο Down ($T.M. = 22.67$), $H(6) = 24.61, p < .001$.

Τέλος, αναφορικά με το παράγοντα συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος, παρατηρήθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές με τα είδη της αναπηρίας του παιδιού, για τους γονείς με παιδί με προβλήματα λόγου ($T.M. = 75.46$), με τάξεις μεγεθών για τους γονείς με παιδί με τύφλωση ($T.M. = 65.00$), για τους γονείς με παιδί με ΔΕΠ/Υ ($T.M. = 63.00$), για τους γονείς με παιδί με νοητική καθυστέρηση ($T.M. = 52.57$), για τους γονείς με παιδί με μαθησιακές δυσκολίες ($T.M. = 44.39$), για τους γονείς με παιδί στο φάσμα του αυτισμού ($T.M. = 39.73$) και για τους γονείς με παιδί με σύνδρομο Down ($T.M. = 25.17$), $H(6) = 25.04, p < .001$.

Πίνακας 7: Συγκρίσεις (Kruskal-Wallis) αναφορικά με τα είδη της αναπηρίας και την καταθλιπτική συμπεριματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού.

Είδη αναπηρίας															
Διαταραχή του φάσματος του αυτισμού	Μαθησιακές δυσκολίες		Προβλήματα λόγου		ΔΕΠ/Υ		Σύνδρομο Down		Νοητική καθυστέρηση		Τοξολοση				
	<i>M.O.</i> ^a	<i>T.M.</i> ^b	<i>M.O.</i> ^a	<i>T.M.</i> ^b	<i>M.O.</i> ^a	<i>T.M.</i> ^b	<i>M.O.</i> ^a	<i>T.M.</i> ^b	<i>M.O.</i> ^a	<i>T.M.</i> ^b	<i>M.O.</i> ^a	<i>T.M.</i> ^b			
	(<i>N</i> =19)		(<i>N</i> =14)		(<i>N</i> =13)		(<i>N</i> =5)		(<i>N</i> =7)		(<i>N</i> =9)	(<i>N</i> =3)			
Καταβλητική															
Συμπτωματολογία	16.61	54.23	9.29	37.32	6.69	28.29	14.50	46.75	26.00	72.58	14.63	54.06	2.00	22.50	17.39**
Πνευματικότητα	10.40	56.10	9.93	44.64	8.85	17.73	11.49	82.88	9.44	36.00	9.41	51.38	9.86	46.50	27.18***
1.Κανονιστική από την προσοχή	3.41	55.10	3.03	38.32	2.77	24.19	3.78	74.50	3.38	54.67	2.93	44.00	3.60	63.50	19.17**
2.Καθολικότητα	3.52	58.00	3.30	41.64	3.19	34.04	3.63	66.50	2.81	18.33	2.95	37.81	3.43	55.00	20.28**
3.Συνδετικότητα	3.47	50.82	3.01	59.46	2.90	22.62	4.08	78.75	3.25	40.33	3.53	57.19	2.83	12.50	23.29**
Σύγγραμμα Δεσμού	3.10	39.78	3.20	49.79	3.72	72.35	3.48	61.88	2.66	22.42	3.34	53.50	3.75	74.00	23.26**
1.Συνασθηματικές επεξεργασίες του στήματος	20.07	42.45	21.93	51.25	24.15	65.77	21.25	44.38	17.17	24.25	21.88	49.13	24.00	65.00	13.32*
2.Γνωστικές επεξεργασίες του στήματος	21.85	40.13	22.95	48.86	26.31	71.96	24.75	63.13	19.00	22.67	23.00	49.88	28.00	86.00	24.61***
3.Συμπεριφορικές επεξεργασίες του στήματος	25.66	39.73	26.64	44.39	31.31	75.46	29.75	63.00	21.83	25.17	28.57	52.57	31.00	65.00	25.04***

N=101, * *p*<.05, ** *p*<.01, *** *p*<.001

*N=101, * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$*

a. M.O. = Μέσοι όροι

b. T.M. = Τάξεις Μεγεθών (Mean Ranks)

7. Διαφορές μεταξύ των τύπων οικογενειακής κατάστασης ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού

Προκειμένου να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση (H4iv), πραγματοποιήθηκε έλεγχος Kruskal-Wallis (Kruskal- Wallis one way analysis of variance by ranks) (Πίνακας 8) αναφορικά με τη μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης και τις μεταβλητές της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της υπερβατικότητας και του στίγματος δεσμού.

7.1 Τύποι οικογενειακής κατάστασης και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Έδειξε, λοιπόν, ότι μεγαλύτερα επίπεδα αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας παρατηρούνται στην ομάδα των γονέων που ο άλλος γονέας του παιδιού είχε πεθάνει ($T.M. = 96.00$). Στη συνέχεια, ακολουθούσαν οι γονείς που ήταν ανύπαντροι ($T.M. = 63.00$), παντρεμένοι ($T.M. = 47.86$) και τέλος οι γονείς που ήταν διαζευγμένοι ($T.M. = 36.83$), $H(3) = 7.55, p < .05$.

7.2 Τύποι οικογενειακής κατάστασης και υπερβατικότητα

Αναφορικά με την μεταβλητή της υπερβατικότητας, γίνεται αντιληπτό ότι τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία του Χήρος/α ($T.M. = 54.50$) και Παντρεμένος/η ($T.M. = 51.20$) συγκεντρώνουν υψηλότερα επίπεδα, από τα άτομα που είναι διαζευγμένα ($T.M. = 44.50$) είτε ανύπαντρα ($T.M. = 3.00$), $H(3) = 11.40, p < .01$. Ακόμη, αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τον Πίνακα 7, στον παράγοντα της ικανοποίησης από την προσευχή τα άτομα που ήταν παντρεμένα ($T.M. = 51.74$) παρουσιάζουν υψηλότερες βαθμολογίες στον συγκεκριμένο παράγοντα σε σχέση με τα άτομα που είναι διαζευγμένα ($T.M. = 46.50$), έχουν χάσει τον σύζυγο τους ($T.M. = 23.00$) ή είναι ανύπαντρα ($T.M. = 5.00$), $H(3) = 12.39, p < .01$. Επιπλέον, σύμφωνα με το κριτήριο Kruskal-Wallis, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία του παράγοντα της καθολικότητας όσον αφορά τους τύπους της οικογενειακής κατάστασης για τα άτομα που ο σύζυγος τους έχει πεθάνει ($T.M. = 68.50$), για τα άτομα που είναι παντρεμένα ($T.M. = 50.66$), διαζευγμένα ($T.M. = 42.38$) ή ανύπαντρα ($T.M. = 9.75$), $H(3) = 9.37, p < .05$. Επιπρόσθετα, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στον επιμέρους παράγοντα της

υπερβατικότητα, στην συνδετικότητα αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των γονέων της έρευνας για τους χήρους/χήρες ($T.M. = 78.50$), για τους παντρεμένους/ες ($T.M. = 50.51$), για τους διαζευγμένους/ες ($T.M. = 48.00$) και τέλος για τους ανύπαντρου/ες ($T.M. = 2.50$), $H(3) = 13.50, p < .01$.

7.3 Τύποι οικογενειακής κατάστασης και στίγμα δεσμού

Τέλος, όσον αφορά τον παράγοντα των συμπεριφορικών επιδράσεων του στίγματος δεσμού, γίνεται φανερό ότι τα άτομα που είναι χήροι/ες ($T.M. = 82.50$) και διαζευγμένοι/ες ($T.M. = 82.50$) συγκεντρώνουν υψηλότερα επίπεδα του παράγοντα αυτού από τα άτομα που είναι παντρεμένοι/ες ($T.M. = 60.00$) και από τους γονείς που είναι ανύπαντρου/ες ($T.M. = 44.85$), $H(3) = 10.11, p < .05$.

Πίνακας 8: Συγκρίσεις (*Kruskal-Wallis*) μεταξύ των τύπων της οικογενειακής κατάστασης ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού.

	Οικογενειακή κατάσταση								<i>H</i>
	Ανύπαντρος/η		Παντρεμένος/η		Διαζευγμένος/η		Χήρος/α		
	<i>(N=4)</i>		<i>(N=87)</i>		<i>(N=4)</i>		<i>(N=2)</i>		
	<i>M.O. ^a</i>	<i>T.M. ^b</i>	<i>M.O.^a</i>	<i>T.M. ^b</i>	<i>M.O. ^a</i>	<i>T.M. ^b</i>	<i>M.O. ^a</i>	<i>T.M. ^b</i>	
Καταθλιπτική Συμπτωματολογία	19.00	63.00	13.37	47.86	8.75	36.83	43.00	96.00	7.55*
Υπερβατικότητα	6.54	3.00	10.12	51.20	9.99	44.50	10.20	54.50	11.40**
1.Ικανοποίηση από την προσευχή	1.85	5.00	3.31	51.74	3.23	46.50	2.80	23.00	12.39**
2.Καθολικότητα	2.36	9.75	3.38	50.66	3.29	42.38	3.57	68.50	9.37*
3.Συνδετικότητα	2.33	2.50	3.42	50.51	3.48	48.00	3.83	78.50	13.50**
Στίγμα Δεσμού	3.23	44.25	3.23	47.04	3.70	72.25	3.25	48.00	3.29
1.Συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	18.50	36.00	21.48	47.27	26.50	76.63	18.00	22.00	7.11
2.Γνωστικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	22.00	38.50	22.91	48.09	24.75	60.50	21.00	38.00	1.59
3.Συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	30.50	60.00	26.54	44.85	32.00	82.50	32.00	82.50	10.11*

N=101, * *p*< .05 ** *p*< .01

a. *M.O.* = Μέσοι όροι

b. *T.M.* = Τάξεις Μεγεθών (Mean Ranks)

8. Διαφορές μεταξύ των ειδών διαμονής ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού

Στη συνέχεια, προκειμένου να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση (H4v), που αναφέρεται στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των μεταβλητών

της έρευνας και των ειδών διαμονής, πραγματοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος Kruskal-Wallis (Πίνακας 9).

8.1 Είδη διαμονής και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Το στατιστικό κριτήριο Kruskal-Wallis για την ανάλυση διασποράς (Kruskal- Wallis one way analysis of variance by ranks), έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του είδους διαμονής και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας για τα άτομα που μένουν με τους γονείς τους ($T.M. = 74.29$), για τα άτομα που μένουν με το σύζυγο τους ($T.M. = 50.53$), για τα άτομα που μένουν με συγκάτοικο ($T.M. = 43.40$) και για τα άτομα που μένουν μόνοι/ες με το/τα παιδιά τους ($T.M. = 22.83$), $H(2) = 4.88$, $p < .05$.

8.2 Είδη διαμονής και υπερβατικότητα

Επιπλέον, σημαντικά στατιστική διαφορά παρατηρήθηκε και στο παράγοντα της υπερβατικότητας για τα άτομα που μένουν με τον σύζυγο τους ($T.M. = 54.14$), για άτομα που μένουν μόνοι/ες με το/τα παιδιά τους ($T.M. = 41.33$), για τα άτομα που μένουν με τους γονείς τους ($T.M. = 37.29$) και για τα άτομα που μένουν με συγκάτοικο ($T.M. = 22.00$), $H(2) = 7.45$, $p < .05$. Ακόμη, ο έλεγχος Kruskal-Wallis για την ανάλυση διασποράς (Kruskal- Wallis one way analysis of variance by ranks), έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε και στον επιμέρους παράγοντα της υπερβατικότητας, την ικανοποίηση από την προσευχή. Στον παράγοντα αυτό, υψηλότερες τάξεις μεγεθών παρατηρήθηκαν στους γονείς που μένουν με το σύζυγο τους ($T.M. = 53.99$) και στους γονείς που ζούσαν μόνοι/ες με το/τα παιδιά τους ($T.M. = 49.00$). Στη συνέχεια ακολουθούσαν, τα άτομα που μένουν με τους γονείς τους ($T.M. = 39.00$) και τέλος, οι γονείς που έμεναν με συγκάτοικο (17.60), $H(2) = 8.44$, $p < .05$.

8.3 Είδη διαμονής και στίγμα δεσμού.

Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι αναφορικά με τον παράγοντα του στίγματος δεσμού παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τον παράγοντα του είδους της διαμονής, για τους γονείς που μένουν μόνοι/ες με το/τα παιδιά τους ($T.M. = 85.67$), για τα άτομα που μένουν με τους γονείς τους ($T.M. = 72.20$), για τα άτομα που μένουν με τον/την σύζυγο τους ($T.M. = 48.48$) και για τα άτομα που μένουν με τους γονείς τους ($T.M. = 37.14$), $H(2) = 4.64$, $p < .05$. Εκτός αυτού, ο

έλεγχος Kruskal-Wallis για την ανάλυση διασποράς (Kruskal- Wallis one way analysis of variance by ranks), έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ειδών διαμονής και των συναισθηματικών επιδράσεων του στίγματος δεσμού, για τους γονείς που μένουν μόνοι/ες με τα/το παιδιά τους ($T.M. = 80.67$), για τα άτομα που μένουν με συγκάτοικο ($T.M. = 78.50$), για τους γονείς που μένουν με τον/την σύζυγο τους ($T.M. = 48.80$) και για τα άτομα που μένουν με τους γονείς τους ($T.M. = 23.79$), $H(2) = 11.24$, $p < .01$. Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά και στο παράγοντα συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού, για τους γονείς που μένουν μόνοι/ες με το/τα παιδιά τους ($T.M. = 85.50$), για τους γονείς που μένουν με συγκάτοικο ($T.M. = 71.75$), για τα άτομα που μένουν με τους γονείς τους ($T.M. = 60.93$) και τέλος για τα άτομα που μένουν με τον/την σύζυγο τους ($T.M. = 46.20$), $H(2) = 4.78$, $p < .05$.

Πίνακας 9: Συγκρίσεις *Kruskal-Wallis* μεταξύ των ειδών διαμονής ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού.

	Διαμονή								<i>H</i>
	Με τον/την σύζυγο		Με τους γονείς του/της		Με συγγάτοικο		Μόνος/η με το/τα παιδιά του/της		
	<i>(N=86)</i>		<i>(N=7)</i>		<i>(N=5)</i>		<i>(N=3)</i>		
	<i>M.O. ^a</i>	<i>T.M. ^b</i>	<i>M.O. ^a</i>	<i>T.M. ^b</i>	<i>M.O. ^a</i>	<i>T.M. ^b</i>	<i>M.O. ^a</i>	<i>T.M. ^b</i>	
Καταθλιπτική Συμπτωματολογία	13.08	50.53	26.86	74.29	11.20	43.40	1.67	22.83	4.88*
Υπερβατικότητα	10.18	54.14	9.31	37.29	7.86	22.00	9.91	41.33	7.45*
1.Ικανοποίηση από την προσευχή	3.32	53.99	3.00	39.00	2.20	17.60	3.23	49.00	8.44*
2.Καθολικότητα	3.41	53.44	3.16	34.50	2.86	44.10	3.14	31.00	3.12
3.Συνδετικότητα	3.45	53.49	3.14	42.00	2.80	21.60	3.53	49.67	6.43
Στίγμα Δεσμού	3.23	48.48	3.07	37.14	3.67	72.20	3.92	85.67	4.64*
1.Συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	21.52	48.80	17.43	23.79	26.40	78.50	26.67	80.67	11.24**
2.Γνωστικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	22.92	49.65	20.86	31.57	24.80	63.00	27.00	81.00	3.96
3.Συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	26.50	46.20	29.14	60.93	31.00	71.75	32.00	85.50	4.78*

N=101, * $p < .05$ ** $p < .01$

a. M.O. = Μέσοι όροι

b. T.M. = Τάξεις Μεγεθών (Mean Ranks)

9. Διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των γονέων ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού

Έπειτα, προσπαθώντας να διερευνήσουμε την ερευνητική υπόθεση (H4vi), η οποία αναφέρεται στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών ως προς την ηλικία των γονέων σε σχέση με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, της υπερβατικότητας και του στίγματος, πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος Kruskal-Wallis (Πίνακας 10).

9.1 Ηλικία γονέων και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ηλικίας των γονέων, σημειώθηκαν σύμφωνα με τον έλεγχο Kruskal-Wallis στον παράγοντα της αυτοεκτιμώμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, με την ηλικιακή ομάδα 41 - 55 των γονέων να συγκεντρώνει ($T.M. = 60.73$), την ηλικιακή ομάδα 31 - 40 ($T.M. = 47.48$) και την ηλικιακή ομάδα των 20-30 ($T.M. = 32.29$), $H(2) = 10.11$, $p < .01$.

9.2 Ηλικία γονέων και υπερβατικότητα

Επίσης, ο έλεγχος Kruskal-Wallis για την ανάλυση διασποράς (Kruskal-Wallis one way analysis of variance by ranks), έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στον παράγοντα της υπερβατικότητας για τους γονείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 41 – 55 ($T.M. = 53.26$), για τους γονείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 31 – 40 ($T.M. = 52.69$) και για τους γονείς που ανήκουν στην ομάδα 20-30 ($T.M. = 29.29$), $H(2) = 8.27$, $p < .05$. Ακόμη, αναφορικά με τον επιμέρους παράγοντα της υπερβατικότητας, την ικανοποίηση από την προσευχή παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις ηλικιακές ομάδες των γονέων για τα άτομα με ηλικία 41 – 55 ($T.M. = 29.29$), για τα άτομα 31 – 40 ($T.M. = 47.48$) και για τα άτομα 20 – 30 ($T.M. = 32.29$), $H(2) = 10.27$, $p < .01$. Σύμφωνα με τον έλεγχο Kruskal-Wallis, για την ανάλυση διασποράς (Kruskal-Wallis one way analysis of variance by ranks), υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία του παράγοντα της συνδετικότητας όσον αφορά την ηλικία των γονέων για τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 31 – 40 ($T.M. = 59.11$), για τα άτομα με ηλικία 41 – 55 ($T.M. = 44.55$) και για τα άτομα με ηλικία 20 – 30 ($T.M. = 24.07$), $H(2) = 18.36$, $p < .001$.

9.3 Ηλικία γονέων και στίγμα δεσμού

Επιπρόσθετα, στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει μεταξύ των παραγόντων της ηλικίας των γονέων και του στίγματος δεσμού, με τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 20 – 30 να συγκεντρώνουν ($T.M. = 67.79$) ενώ τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 31 – 40 ετών και των 40 – 55 να συγκεντρώνουν τα ίδια επίπεδα στίγματος δεσμού ($T.M. = 45.02$), $H(2) = 7.92$, $p < .05$. Επιπλέον, ο έλεγχος Kruskal-Wallis για την ανάλυση διασποράς (Kruskal-Wallis one way analysis of variance by ranks), έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά και στον επιμέρους παράγοντα του στίγματος, γνωστικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού, για τους γονείς με ηλικία από 20 – 30 ετών ($T.M. = 65.14$), για τους γονείς με ηλικία από 41 – 55 ετών ($T.M. = 47.58$) και για τους γονείς με ηλικία από 31 – 40 ($T.M. = 44.49$), $H(2) = 6.20$, $p < .05$. Τέλος, όσον αφορά τον παράγοντα, συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά με τον παράγοντα των ομάδων ηλικίας των γονέων, για τους γονείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 20 – 30 ($T.M. = 71.50$), για τους γονείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 41 – 55 ($T.M. = 45.31$) και για τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 31 – 40 ($T.M. = 44.13$), $H(2) = 11.52$, $p < .01$.

Πίνακας 10: Συγκρίσεις Kruskal-Wallis μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των γονέων ως προς την αυτοεκτιμούμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού.

	Ηλικία γονέων						
	20 - 30		31 - 40		41 - 55		
	(N=17)		(N=53)		(N=31)		H
	M.O. ^a	T.M. ^b	M.O. ^a	T.M. ^b	M.O. ^a	T.M. ^b	
Καταθλιπτική Συμπτωματολογία	7.71	32.29	11.74	47.48	16.42	60.73	10.11**
Υπερβατικότητα	9.19	29.29	10.09	52.69	10.20	53.26	8.27*
1.Ικανοποίηση από την προσευχή	2.88	32.29	3.16	47.48	3.52	60.73	10.27**
2.Καθολικότητα	3.41	50.57	3.34	47.92	3.37	51.71	.37
3.Συνδετικότητα	2.90	24.07	3.59	59.11	3.32	44.55	18.36***
Στίγμα Δεσμού	3.64	67.79	3.21	45.02	3.19	45.02	7.92*
1.Συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	24.14	63.70	21.08	44.11	21.23	47.27	5.52
2.Γνωστικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	25.43	65.14	22.59	44.49	22.84	47.58	6.20*
3.Συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	30.57	71.50	26.76	44.13	26.10	45.31	11.52**

N=101, * *p*< .05 ** *p*< .01

a. *M.O.* = Μέσοι όροι

b. *T.M.* = Τάξεις Μεγεθών (Mean Ranks)

10. Διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των παιδιών ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και του στίγμα δεσμού

Προκειμένου να διερευνηθεί την ερευνητική υπόθεση (H4vii), η οποία αναφέρεται στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ της ηλικίας των παιδιών αναφορικά με τις μεταβλητές της έρευνας (καταθλιπτική συμπτωματολογία, υπερβατικότητα, στίγμα δεσμού), πραγματοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος Kruskal-Wallis (Πίνακας 11).

10.1 Ηλικία παιδιών και υπερβατικότητα

Ο έλεγχος Kruskal-Wallis για την ανάλυση διασποράς κατά (Kruskal- Wallis one way analysis of variance by ranks) αναφορικά με τη μεταβλητή της ηλικίας του παιδιού, έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε αναφορικά με τον παράγοντα της υπερβατικότητας για τους γονείς με παιδιά από 13 έως 18 ετών ($T.M. = 61.85$), για τους γονείς με παιδιά από 7 έως 12 ετών ($T.M. = 59.69$) και για τους γονείς με παιδιά από 3 έως 6 ετών ($T.M. = 33.39$), $H(2) = 19.63$, $p < .001$. Επίσης, σύμφωνα με τον Kruskal-Wallis στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στον παράγοντα της ικανοποίησης από την προσευχή με τάξεις μεγεθών για τα άτομα με παιδιά από 7 έως 12 ετών ($T.M. = 56.76$), για τα άτομα με παιδιά με ηλικία 13 έως 18 ετών ($T.M. = 55.38$) και για άτομα με ηλικία από 3 έως 6 ετών ($T.M. = 39.86$), $H(2) = 7.62$, $p < .05$. Επιπρόσθετα, αναφορικά με το παράγοντα της συνδετικότητας αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρήθηκε στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ αυτού και των ηλικιακών ομάδων που ανήκουν τα παιδιά των γονέων του δείγματος, με τάξεις μεγεθών για τους γονείς με παιδιά με ηλικία από 13 έως 18 ετών ($T.M. = 69.15$), για τους γονείς με παιδιά με ηλικία από 7 έως 12 ετών ($T.M. = 59.40$) και για τους γονείς με παιδιά με ηλικία από 3 έως 6 ετών ($T.M. = 31.15$), $H(2) = 26.45$, $p < .001$.

10.2 Ηλικία παιδιών και στίγμα δεσμού.

Εκτός αυτού, αναφορικά με το στίγμα δεσμού, στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται μέσω του στατιστικού ελέγχου Kruskal-Wallis με την ηλικία του παιδιού τους γονείς με παιδιά από 3 έως 6 ετών ($T.M. = 63.78$), για τους για τους γονείς με παιδιά από 13 έως 18 ετών ($T.M. = 46.69$) και για τους γονείς με

παιδιά από 7 έως 12 ετών ($T.M. = 39.76$), $H(2) = 15.06$, $p < .001$. Επίσης και στον επιμέρους παράγοντα του στίγματος δεσμού (συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού), υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τη μεταβλητή της ηλικίας του παιδιού για τους γονείς με παιδιά στην ηλικία των 3 έως 6 ετών ($T.M. = 60.11$), για τους γονείς με παιδιά από 7 έως 12 ετών ($T.M. = 42.49$) και για τους γονείς με παιδιά από 13 έως 18 ετών ($T.M. = 42.27$), $H(2) = 9.04$, $p < .05$. Σχετικά με το παράγοντα γνωστικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά με την ηλικία των παιδιών για τους γονείς με παιδιά από 3 έως 6 ετών ($T.M. = 62.32$), για τους γονείς με παιδιά από 13 έως 18 ετών ($T.M. = 44.46$) και για τους γονείς με παιδιά από 7 έως 12 ετών ($T.M. = 41.42$), $H(2) = 11.90$, $p < .01$. Τέλος και ο παράγοντας, συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού, παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά με τις ηλικιακές ομάδες των παιδιών για τους γονείς με παιδιά από 3 έως 6 ετών ($T.M. = 61.57$), για τους γονείς με παιδιά από 13 έως 18 ετών ($T.M. = 46.92$) και για τους γονείς με παιδιά από 7 έως 12 ετών ($T.M. = 40.14$), $H(2) = 12.34$, $p < .01$.

Πίνακας 11: Συγκρίσεις (Kruskal-Wallis) μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των παιδιών ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού.

	Ηλικία του παιδιού						<i>H</i>
	3 - 6		7 - 12		13 - 18		
	<i>(N=36)</i>		<i>(N= 47)</i>		<i>(N=18)</i>		
	<i>M.O. ^a</i>	<i>T.M. ^b</i>	<i>M.O. ^a</i>	<i>T.M. ^b</i>	<i>M.O. ^a</i>	<i>T.M. ^b</i>	
Καταθλιπτική Συμπτωματολογία	10.89	45.21	15.84	55.01	11.00	47.46	2.59
Υπερβατικότητα	9.23	33.39	10.41	59.69	10.42	61.85	19.63***
1.Ικανοποίηση από την προσευχή	2.96	39.86	3.37	56.76	3.43	55.38	7.62*
2.Καθολικότητα	3.22	42.78	3.49	56.61	3.26	47.92	4.98
3.Συνδετικότητα	3.04	31.15	3.55	59.40	3.73	69.15	26.45***
Στίγμα Δεσμού	3.53	63.78	3.11	39.76	3.13	46.69	15.06***
1.Συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	27.33	60.11	20.71	42.49	20.46	42.27	9.04*
2.Γνωστικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	24.83	62.32	21.92	41.42	22.00	44.46	11.90**
3.Συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	29.36	61.57	25.65	40.14	26.15	46.92	12.34**

N=101, * $p < .05$ ** $p < .01$

a. M.O. = Μέσοι όροι

b. T.M. = Τάξεις Μεγεθών (Mean Ranks)

11. Διαφορές μεταξύ του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος των γονέων ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού

Σύμφωνα με την ερευνητική υπόθεση (H4vii), κρίθηκε σημαντικό να εξεταστεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος και των παραγόντων της αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της υπερβατικότητας και του στίγματος δεσμού (Πίνακας 12).

11.1 Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Ο έλεγχος Kruskal-Wallis για την ανάλυση διασποράς (Kruskal-Wallis one way analysis of variance by ranks) αναφορικά με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει αναφορικά με τον παράγοντα της αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας για τους γονείς με οικογενειακό εισόδημα μέχρι 750€ ($T.M. = 59.48$), για τους γονείς με οικογενειακό εισόδημα μέχρι 1500€ ($T.M. = 52.58$) και για τους γονείς με εισόδημα 2200€ και πάνω ($T.M. = 32.85$), $H(2) = 15.71$, $p < .001$.

11.2 Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και υπερβατικότητα

Επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται μεταξύ του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος και του παράγοντα της καθολικότητας για τους γονείς με εισόδημα 2200€ και πάνω ($T.M. = 54.09$), για τους γονείς με οικογενειακό εισόδημα μέχρι 1500€ ($T.M. = 49.47$) και για τους γονείς με οικογενειακό εισόδημα μέχρι 750€ ($T.M. = 31.89$), $H(2) = 9.66$, $p < .01$.

11.3 Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και στίγμα δεσμού

Σύμφωνα με τον έλεγχο Kruskal-Wallis, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος και των συναισθηματικών επιδράσεων του στίγματος δεσμού για τους γονείς με εισόδημα 2200€ και πάνω ($T.M. = 55.82$), για τους γονείς με οικογενειακό εισόδημα μέχρι 750€ ($T.M. = 40.20$) και για τους γονείς με οικογενειακό εισόδημα μέχρι 1500€ ($T.M. = 38.69$), $H(2) = 8.71$, $p < .05$. Τέλος, ο έλεγχος Kruskal-Wallis για την ανάλυση διασποράς (Kruskal-Wallis one way analysis of variance by ranks) αναφορικά με το μηνιαίο

οικογενειακό εισόδημα, έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει αναφορικά με τον παράγοντα των γνωστικών επιδράσεων του στίγματος δεσμού για τους γονείς με εισόδημα 2200€ και πάνω ($T.M. = 54.78$), για τους γονείς με οικογενειακό εισόδημα μέχρι 1500€ ($T.M. = 43.86$) και για τους γονείς με οικογενειακό εισόδημα μέχρι 750€ ($T.M. = 35.03$), $H(2) = 7.60$, $p < .05$.

Πίνακας 12: Συγκρίσεις (*Kruskal-Wallis*) αναφορικά με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ως προς την αυτοεκτιμώμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού.

	Εισόδημα						<i>H</i>
	Μέχρι 750 €		Μέχρι 1500 €		Πάνω από 2200 €		
	(N=25)		(N= 40)		(N=36)		
	<i>M.O.</i> ^a	<i>T.M.</i> ^b	<i>M.O.</i> ^a	<i>T.M.</i> ^b	<i>M.O.</i> ^a	<i>T.M.</i> ^b	
Καταθλιπτική Συμπτωματολογία	19.55	59.48	15.32	52.58	7.97	32.85	15.71***
Υπερβατικότητα	9.47	39.34	10.30	52.95	10.00	45.49	3.68
1.Ικανοποίηση από την προσευχή	3.07	43.73	3.29	50.76	3.21	45.03	1.23
2.Καθολικότητα	3.08	31.89	3.41	49.47	3.50	54.09	9.66**
3.Συνδετικότητα	3.32	44.77	3.60	53.58	3.28	41.28	3.91
Στίγμα Δεσμού	3.18	39.08	3.22	43.05	3.42	53.28	4.45
1.Συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	21.05	40.20	20.58	38.69	23.47	55.82	8.71*
2.Γνωστικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	21.70	35.03	22.76	43.86	24.29	54.78	7.60*
3.Συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	27.37	44.84	27.16	43.24	27.44	48.32	.71

*N=101, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$*

a. M.O. = Μέσοι όροι

b. T.M. = Τάξεις Μεγεθών (Mean Ranks)

12. Σχέσεις μεταξύ της εκπαίδευσης των γονέων και του αριθμού των παιδιών ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την υπερβατικότητα και το στίγμα δεσμού

Στο επόμενο βήμα των αναλύσεων για την εξαγωγή αποτελεσμάτων, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις προκειμένου να επιβεβαιωθούν ή να απορριφθούν οι υποθέσεις (H4ix, H4x) της παρούσας έρευνας (Πίνακες 13 και 14).

12.1 Εκπαίδευση και καταθλιπτική συμπτωματολογία, υπερβατικότητα και στίγμα δεσμού

Προκειμένου να διερευνηθεί η ερευνητική υπόθεση (H4ix), που αναφέρεται στην ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου των γονέων με τους παράγοντες της έρευνας (Πίνακες 13 και 14), χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστή του Spearman (ρ). Ειδικότερα, αξίζει να αναφερθεί ότι ο παράγοντας της εκπαίδευσης παρουσιάζει αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη μεταβλητή της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ($\rho = -.46, p < .01$) και θετική σημαντική συσχέτιση με τη μεταβλητή του στίγματος δεσμού ($\rho = .23, p < .05$) και τους επιμέρους παράγοντες του στίγματος, συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού ($\rho = .35, p < .05$) και γνωστικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού ($\rho = .25, p < .05$).

12.2 Αριθμός παιδιών και καταθλιπτική συμπτωματολογία, υπερβατικότητα και στίγμα δεσμού

Εκτός αυτού, με σκοπό την απόρριψη ή την επιβεβαίωση της ερευνητικής υπόθεσης (H4x) σχετικά με την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του αριθμού των παιδιών και των μεταβλητών της έρευνας (καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της υπερβατικότητας και του στίγματος δεσμού) χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστή του Spearman (ρ). Σύμφωνα με τους Πίνακες (13 και 14), γίνεται αντιληπτό ότι ο αριθμός των παιδιών παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τον παράγοντα της υπερβατικότητας ($\rho = .36, p < .01$), της ικανοποίησης από την προσευχή ($\rho = .38, p < .01$), της καθολικότητας ($\rho = .20, p < .05$) και της συνδετικότητας ($\rho = .24, p < .05$). Με τις υπόλοιπες μεταβλητές της αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του στίγματος δεσμού δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση.

Πίνακας 13: Συσχέτιση (Spearman) της εκπαίδευσης των γονέων και του αριθμού παιδιών με την υπερβατικότητα και τους παράγοντες της (ικανοποίηση από τη προσευχή, καθολικότητα, συνδετικότητα).

	Υπερβατικότητα	Ικανοποίηση από τη προσευχή	Καθολικότητα	Συνδετικότητα
Εκπαίδευση	-.07	-.06	.14	-.13
Αριθμός παιδιών	.36**	.38**	.20*	.24*

*N=101, * $p < .05$, ** $p < .01$*

Πίνακας 14: Συσχέτιση (Spearman) της εκπαίδευσης των γονέων με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, το στίγμα δεσμού και τους παράγοντες του στίγματος δεσμού (συναισθηματικές επιδράσεις, γνωστικές επιδράσεις, συμπεριφορικές επιδράσεις).

	Καταθλιπτική Συμπτωματολογία	Στίγμα Δεσμού	Συναισθηματικές επιδράσεις	Γνωστικές επιδράσεις	Συμπεριφορικές επιδράσεις
Εκπαίδευση	-.46**	.23*	.35*	.25**	.09
Αριθμός παιδιών	-.01	-.13	-.01	-.11	-.19

*N=101, * $p < .05$, ** $p < .01$*

13. Προβλεπτικοί παράγοντες της αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

Με σκοπό τη διερεύνηση του βαθμού προβλεπτικότητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας (υπερβατικότητα και στίγμα δεσμού) (ερευνητική υπόθεση H5), πραγματοποιήθηκε η ανάλυση παλινδρόμησης. Σύμφωνα με τον (Πίνακα 15), ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν αρχικά τα συνολικά σκορ των παραγόντων της υπερβατικότητας και του στίγματος δεσμού ενώ ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η αυτοεκτιμούμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία στο σύνολό της. Η απόλυτη τιμή του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης είναι $R=.61$, με το μοντέλο να εξηγεί το 37% της μεταβλητότητας των δεδομένων [$F(2,96)=28.29$, $p=.00$]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο πιο ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι το στίγμα δεσμού ($\beta=.61$, $p<.001$).

Πίνακας 15: Πολυμεταβλητή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για τους προγνωστικούς παράγοντες της αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

$R = .61$				
$R^2 = .37$				
$F(2,96)=28.29$, $p = .00$				
	B^a	$SE B^b$	β	t
Υπερβατικότητα	.43	.75	.05	.57
Στίγμα Δεσμού	13.69	1.84	.61	7.46***

a. Η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Ένας θετικός συντελεστής B δείχνει ότι η σχέση της μεταβλητής με την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι θετική

b. Το «τυπικό σφάλμα» του μη κανονικοποιημένου συντελεστή B.

* στατιστικά σημαντικές σχέσεις

Στη συνέχεια, προχωρήσαμε σε πολυμεταβλητή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (Πίνακας 16), παίρνοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοεκτιμώμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τους επιμέρους παράγοντες της υπερβατικότητας (ικανοποίηση από την προσευχή, καθολικότητα, συνδετικότητα), καθώς και τους επιμέρους παράγοντες του στίγματος δεσμού (συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού, γνωστικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού, συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού). Η απόλυτη τιμή του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης είναι $R=.68$, με το μοντέλο να εξηγεί το 46% της μεταβλητότητας των δεδομένων [$F(6,90)=13.01$, $p=.00$]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο μοναδικός προβλεπτικός παράγοντας της αυτοεκτιμώμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι οι συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού ($\beta=.64$, $p<.001$).

Πίνακας 20: Πολυμεταβλητή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για τους προγνωστικούς παράγοντες της αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

$R = .68$				
$R^2 = .46$				
$F(6,90) = 13.01, p = .00$				
	B^a	$SE\ B^b$	β	t
Υπερβατικότητα				
1. Ικανοποίηση από τη προσευχή	-.58	1.75	-.03	-.33
2. Καθολικότητα	2.31	2.33	.09	.99
3. Συνδετικότητα	.82	1.99	.04	.41
Στίγμα Δεσμού				
1. Συναισθηματικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	1.67	3.46	.64	4.81.*
2. Γνωστικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	.30	.53	.09	.56
3. Συμπεριφορικές επιδράσεις του στίγματος δεσμού	.15	.34	.06	.45

a. Η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Ένας θετικός συντελεστής B δείχνει ότι η σχέση της μεταβλητής με την ανεξάρτητη μεταβλητή είναι θετική

b. Το «τυπικό σφάλμα» του μη κανονικοποιημένου συντελεστή B.

* στατιστικά σημαντικές σχέσεις

Κεφάλαιο 4^ο: Συζήτηση – Συμπεράσματα-Περιορισμοί της έρευνας

Στόχος του κεφαλαίου αυτού, είναι η περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τις στατιστικές αναλύσεις καθώς και να διερευνηθεί αν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν ή όχι με τα ευρήματα των ερευνών που έχουμε αναφέρει στη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση και κατ' επέκταση αν οι ερευνητικές μας υποθέσεις επιβεβαιώνονται ή απορρίπτονται.

Όσον αφορά την ερευνητική υπόθεση H1 διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της υπερβατικότητας και των επιμέρους παραγόντων της με την αυτοεκτιμούμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με το μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών, που καταδεικνύουν την ύπαρξη αρνητικής συσχέτισης μεταξύ της πνευματικότητας και της κατάθλιψης καθώς η πνευματικότητα αποτελεί παράγοντα ψυχική ανθεκτικότητας, που μετριάζει τα συμπτώματα θλίψης και ψυχολογικής επιβάρυνσης στους γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες (Skinner, Correa, Skinner, & Bailey, 2001, Sira, et. al., 2014, Salkas, Magaña, Marques, & Mirza, 2016). Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα θα μπορούσε να αποδοθεί στο μικρό σχετικά δείγμα της έρευνας καθώς και στις πολιτισμικές διαφορές που τυχόν μπορεί να υπάρχουν.

Αναφορικά με την ερευνητική υπόθεση H2, σύμφωνα με την οποία υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας και του στίγματος δεσμού, αξίζει να αναφερθεί ότι εν μέρει η ερευνητική αυτή υπόθεση επιβεβαιώνεται, καθώς συσχέτιση παρατηρείται μόνο με τον επιμέρους παράγοντα της πνευματικότητας, τη συνδετικότητα. Στο σημείο αυτό, πρέπει να σημειωθεί ότι η συνδετικότητα ως έννοια υποδηλώνει την αίσθηση της σύνδεσης του ατόμου, με υποομάδες της κοινωνίας του, με το ευρύτερο σύνολο του ανθρώπινου είδους, αποτελώντας μέρος της αλυσίδας της ζωής στην οποία περιλαμβάνονται και οι άνθρωποι του παρελθόντος (Piedmont, Kennedy, Sherman, Sherman & Williams, 2008). Γίνεται, λοιπόν, φανερό πως οι γονείς που εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά συνδετικότητας παρουσιάζουν και χαμηλότερα ποσοστά στίγματος δεσμού καθώς είναι πιθανό λόγω του αισθήματος της σύνδεσης του ατόμου με την κοινωνία και λόγω του γεγονότος ότι αποτελεί μέλος ενός ευρύτερου συνόλου ανθρώπων, μπορεί να βιώνει υποστήριξη, να αντλεί νόημα ζωής. Επιπλέον, η πνευματικότητα και κατ' επέκταση

η συνδετικότητα μπορούν να θεωρηθούν παράγοντες μετριασμού των στρεσογόνων και αρνητικών συνεπειών του στίγματος (Szaflarski, 2013).

Θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της μεταβλητής της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του στίγματος δεσμού, καθώς και με τους επιμέρους παράγοντες του στίγματος (συναισθηματικές επιδράσεις, γνωστικές επιδράσεις, συμπεριφορικές επιδράσεις), επιβεβαιώνοντας την ερευνητική υπόθεση H3. Παρατηρείται, λοιπόν, ότι οι γονείς των παιδιών με αναπηρίες εσωτερικεύουν το στίγμα που επιβάλλει η κοινωνία στα παιδιά τους και οδηγούνται στον αυτοστιγματισμό με άμεση συνέπεια την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Pyne, et al., 2004, Ma & Mak, 2016). Οι γνωστικές αντιδράσεις των γονέων λόγω του στίγματος δεσμού στις οποίες συμπεριλαμβάνονται ενέργειες συνεχούς επαγρύπνησης, αλλά και προετοιμασίας της κάθε τους πράξης με σκοπό να μην αποκαλύψουν τη ταυτότητα του στίγματος, που οι ίδιοι φέρουν όπως και τα παιδιά τους, (Pachankis, 2007) τους οδηγούν στο να βιώνουν έντονα συναισθήματα άγχους και κατ' επέκταση καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των γονέων λόγω του στίγματος όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η ντροπή, η ενοχή, εχθρότητα, η κατάπτωση του ηθικού, δημιουργούν ένα άσχημο ψυχολογικό προφίλ για το γονέα που έχει μεγάλες πιθανότητες να εμφανίσει καταθλιπτικά συμπτώματα (Michelson, 2001, Green, 2007). Οι συμπεριφορικές αντιδράσεις των γονέων, κατά τις οποίες παρουσιάζουν κοινωνική απόσυρση, απομόνωση καθώς και αδυναμία σύναψης στενών διαπροσωπικών σχέσεων από φόβο μη τυχόν έρθει στην επιφάνεια η στιγματισμένη τους ταυτότητα, μπορούν να συσχετιστούν με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Pachankis, 2007, Mak & Cheung, 2008, Willems, 2010).

Επιπλέον, το γεγονός ότι οι μητέρες βιώνουν στίγμα και καταθλιπτικά συμπτώματα οφείλεται στο ότι λειτουργούν κάτω από τις καταπιεστικές ιδεολογίες της κοινωνίας περί μητρότητας, οι οποίες ως άμεση συνέπεια έχουν να προκαλούν ενοχές και έντονη ψυχική επιβάρυνση στις μητέρες. Η πατριαρχική κοινωνία θεωρεί τη μητέρα υπεύθυνη για την επιτυχημένη ή αποτυχημένη πορεία του παιδιού της και για αυτό το λόγο θα πρέπει να έχει ως κύριο μέλημα της να φροντίζει τα παιδιά της, να είναι αφοσιωμένη στην οικογένεια της ακόμη και να θυσιάζεται για το καλό του παιδιού τους καθώς η φροντίδα θεωρείται αναπόσπαστο κομμάτι της θηλυκότητας σύμφωνα με τις επιταγές της κοινωνίας. Έτσι, οποιαδήποτε πράξη έχει ως σκοπό

την κάλυψη των αναγκών και την ευχαρίστηση της μητέρας κρίνεται ως αφύσικη, εγωιστική και στιγματίζει το πρόσωπο της μητέρας ενώ η προσπάθεια να ακολουθήσει το κοινωνικό πρότυπο την επιβαρύνει ψυχικά (Blum, 2007).

Η υπόθεση H4 σχετικά με την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας (αυτοεκτιμώμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία, υπερβατικότητα και στίγμα δεσμού) και με το φύλο των γονέων απορρίπτεται εν μέρει καθώς μόνο η μεταβλητή της πνευματικότητας και ο επιμέρους παράγοντας της (καθολικότητα) παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική σχέση. Αναφορικά με την πνευματικότητα, τα δεδομένα της παρούσας έρευνας ταυτίζονται με την βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία ο γυναικείος πληθυσμός παρουσιάζει μεγαλύτερα επίπεδα πνευματικότητας από τον ανδρικό (Vosloo, Wissing & Temane, 2009, Salkas, et al., 2016, Kralovec, Kunrath, Fartacek, Pichler & Plöderl, 2017).

Επιπλέον μέσω των στατιστικών αναλύσεων παρατηρείται ότι τα άτομα που δεν είχαν την υποστήριξη του συζύγου τους, παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Γίνεται, λοιπόν, φανερό ότι η ποιότητα της συντροφικής σχέσης του ζευγαριού επηρεάζει άμεσα την ψυχική υγεία των γονέων (Hastings & Brown, 2002). Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι για την περίπτωση των μητέρων, που παρουσιάζουν συνήθως μεγαλύτερα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, τα συναισθήματα άγχους που μπορεί να βιώνει ο σύντροφος τους επηρεάζουν και μπορεί να πυροδοτούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα στις μητέρες (Γενά & Μπαλαμώτης, 2013, Boyce et al., 2017), καθώς μπορούμε να εικάσουμε ότι θα πρέπει οι ίδιες να στηρίζουν τον σύντροφο τους, ώστε να απαλύνουν τα αρνητικά του συναισθήματα.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των γονέων, παρατηρείται ότι η ερευνητική υπόθεση H7 επιβεβαιώνεται. Σύμφωνα με τις Ζήση, Μαυροπούλου, Δαρδάνη (2016), οι γονείς και συγκεκριμένα οι μητέρες των παιδιών με αυτισμό που μεγαλώνουν μόνες τους τα παιδιά τους αντιμετωπίζουν συχνά καταθλιπτικά συμπτώματα. Όμοια και στην παρούσα έρευνα, οι γονείς που έχουν χάσει το σύζυγο τους ή είναι ανύπαντροι παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Το παράδοξο, που λαμβάνει χώρα στη συγκεκριμένη έρευνα,

είναι ότι οι γονείς που είναι διαζευγμένοι παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, γεγονός που θα μπορούσε να ερμηνευτεί ότι οι γονείς αυτοί μπορεί είτε να προέρχονται από ένα κακό γάμο που ο σύζυγος τους μπορεί να έμπαινε εμπόδιο ή να δυσχέραινε την ανατροφή του παιδιού, με αποτέλεσμα με το διαζύγιο να μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα τις απαιτήσεις της ανατροφής ενός παιδιού με αναπηρίες ή ακόμη να προέρχονται από ένα υποστηρικτικό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

Σε σχέση με την ηλικία των γονέων, ας σημειωθεί ότι οι γονείς με ηλικία από 41 – 55 ετών παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που θα μπορούσαν να συσχετιστούν με την είσοδο του παιδιού στην εφηβεία σε συνδυασμό με τα προβλήματα που μπορεί αυτή να φέρει, με σκέψεις για το τι θα απογίνει το παιδί τους με αναπηρία όταν αυτοί δεν θα βρίσκονται στη ζωή ή πιθανόν με τη σκέψη ότι τα αναπτυξιακά περιθώρια του παιδιού τους να καλλιεργήσει και άλλες δεξιότητες μειώνονται. Επίσης, σύμφωνα με την Ryan, (2005), παρατηρείται ότι όσο μεγαλώνει η ηλικία του παιδιού, τόσο μικρότερη είναι η ένταξη του και η αποδοχή του παιδιού από το κοινωνικό σύνολο (Ryan, 2005). Επιπλέον, οι γονείς από 41 – 55 ετών παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα πνευματικότητας καθώς θα μπορούσαμε να εικάσουμε ότι τα άτομα αυτής της ηλικίας διακατέχονται από ερωτήματα τελεολογικού περιεχόμενου και έχουν την ανάγκη να βιώσουν την υπερβατική εμπειρία της προσευχής. Επίσης, οι γονείς με ηλικία από 20 – 30 βιώνουν πιο έντονα το στίγμα δεσμού σε σχέση τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, γεγονός που θα μπορούσε να ερμηνευθεί ότι ο κοινωνικός περίγυρος των γονέων αυτής της ηλικίας μπορεί να μην έχει παρόμοια εμπειρία σε σχέση με την αναπηρία ενός παιδιού ενός φιλικού ή γνωστού του ζευγαριού και να αναπτύσσουν συμπεριφορές διάκρισης απέναντι σε αυτή την οικογένεια μη ξέροντας πως να το διαχειριστούν.

Αναφορικά με την ηλικία του παιδιού και τον στιγματισμό των γονέων, φαίνεται τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και σε προηγούμενες ότι οι γονείς παιδιών μικρής ηλικίας με την διάγνωση της αναπηρίας να αποτελεί ένα πρόσφατο γεγονός, παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα στίγματος. Ο αυτοστιγματισμός τους θα μπορούσε να προκύψει από το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της διάγνωσης οι γονείς έρχονται σε επαφή για πρώτη φορά με ένα δίκτυο υπηρεσιών και ειδικών ψυχικής

υγείας βιώνοντας τις αντιδράσεις της κοινωνίας σε σχέση με την αναπηρία του παιδιού τους (Gray, 1993).

Ακόμη, σύμφωνα με τους Chang, Yen, Jang, Su & Lin (2017) το μορφωτικό επίπεδο των γονέων μπορεί να αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα για τους γονείς που μεγαλώνουν ένα παιδί με ψυχικές διαταραχές αναφορικά με το στίγμα δεσμού και την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Όσον αφορά την καταθλιπτική συμπτωματολογία τα ευρήματα της έρευνας μας ταυτίζονται με την άποψη των συγγραφέων. Αυτό συμβαίνει επειδή οι γονείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο μπορούν να αναζητήσουν με μεγαλύτερη επιτυχία τρόπους που θα διευκολύνουν την ανατροφή του παιδιού (Chang, Yen, Jang, Su & Lin, 2017). Από την άλλη, η μεταβλητή του στίγματος δεσμού παρουσιάζει αντίθετα αποτελέσματα καθώς όσο ανεβαίνει το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων αυξάνεται και το στίγμα δεσμού με αποτέλεσμα η ερευνητική υπόθεση (H11) να επιβεβαιώνεται εν μέρει.

Από τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, γίνεται φανερό ότι το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αυτό ενδεχομένως οφείλεται στο ότι οι γονείς έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν οικονομικά τη συγκεκριμένη κατάσταση χωρίς πολύ άγχος λόγω της καλής οικονομικής τους κατάστασης. Το κόστος των θεραπειών ενός παιδιού με αναπηρίες και συγκεκριμένα ενός παιδιού στο φάσμα του αυτισμού είναι ιδιαίτερα υψηλό και επιβαρύνει σε μεγάλο βαθμό τον οικογενειακό προϋπολογισμό (Duarte, et al., 2005, Järbrink, 2007, Newland, Crnic, Cox & Mills-Koonce, 2013, Weiss, et al., 2014) σε συνδυασμό με την υφιστάμενη οικονομική κρίση στην χώρα μπορεί να αποτελέσει σημαντικό ψυχοπρεστικό παράγοντα στον γονέα. Επίσης, οι κυρίαρχες νεοφιλελεύθερες πολιτικές προτείνουν περιορισμό των δαπανών και των υπηρεσιών προς τα άτομα με αναπηρίες η/και εκπαιδευτικές ανάγκες με σκοπό την προώθηση της χρήσης φαρμάκων που αποτελεί φθηνότερη λύση από την συνεδρία με ένα ειδικό θεραπευτή (Blum, 2007). Οπότε οι γονείς με χαμηλότερο εισόδημα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Με αυτό το τρόπο διαπιστώνουμε ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία πλήττει τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, οι οποίες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την παρουσία κρατικών υπηρεσιών φροντίδας, αντιμετωπίζοντας προβλήματα εξεύρεσης πόρων.

Επιπλέον, οι μητέρες από τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα τείνουν να παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας επειδή δε λαμβάνουν υποστήριξη από το σύζυγο τους. Οι πατέρες, λοιπόν, φαίνεται να μην αποδέχονται την αναπηρία του παιδιού του και να αδιαφορούν για τη φροντίδα και τις ανάγκες του, με αποτέλεσμα οι γονείς να οδηγούνται στο διαζύγιο και οι μητέρες να επωμίζονται εξολοκλήρου τις ανάγκες και τη φροντίδα του παιδιού (Ζήση, et al., 2016, Ζήση et al., υπό δημοσίευση).

Αξίζει να αναφερθεί ότι τα δεδομένα μας συμφωνούν με τα ευρήματα των Pyne, Kuc, Schroeder, Fortney, Edlund & Sullivan (2004), ότι το στίγμα δεσμού μπορεί να αποτελέσει προβλεπτικό παράγοντα της κατάθλιψης καθώς φαίνεται ότι η εσωτερίκευση του αντιλαμβανόμενου στίγματος οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης.

Η συγκεκριμένη έρευνα υπόκειται σε μια σειρά μεθοδολογικών περιορισμών. Ένας από τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας είναι η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήσαμε, η οποία ήταν συμπτωματική ή αλλιώς ευκαιριακή, γεγονός που δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό. Επιπρόσθετα, το δείγμα, που συγκεντρώθηκε είναι περιορισμένο καθώς μεγάλο ποσοστό των γονέων αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Ακόμη, αναφορικά με την μεταβλητή με τα είδη της αναπηρίας, δεν μπορέσαμε να προχωρήσουμε σε γενικεύσεις και στην έκβαση συμπερασμάτων καθώς οι ομάδες που σχηματίστηκαν δεν αποτελούνται από τον ίδιο αριθμό ατόμων η καθεμία. Επιπλέον, η έρευνα μας είναι μια συγχρονική μελέτη, η οποία σκιαγραφεί τις απόψεις του συγκεκριμένου πληθυσμού τη δεδομένη χρονική στιγμή. Επίσης, η συσχετιστική φύση των ευρημάτων μας δεν επιτρέπει την ανάλυση αιτιακών σχέσεων, γεγονός που ενισχύεται και από τη συσχετιστική φύση της έρευνας μας. Ακόμη, η συγχρονική μελέτη δεν μπορεί να καταδείξει τις αλλαγές που μπορεί να προκύψουν στις προτιμήσεις του δείγματος με το πέρασμα του χρόνου και λόγω κοινωνικών διεργασιών (Cohen, Manion & Morrison, 2008, Robson, 2010).

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, πράγμα που σημαίνει ότι τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αποτελούν υποκειμενικές

αντιλήψεις του ατόμου για τον εαυτό του και δεν μπορεί να αποκλειστεί το φαινόμενο των κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων. Ακόμη, τα ψυχομετρικά εργαλεία της αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της υπερβατικότητας παρόλο που παρουσιάζουν σε γενικές γραμμές καλή αξιοπιστία και παραγοντική δομή και έχουν εφαρμοστεί και σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό, δεν έχουν σταθμιστεί στην Ελλάδα (Cohen, et al., 2008). Όσον αφορά την κλίμακα στίγματος δεσμού, αξ σημειωθεί ότι χρησιμοποιείται για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό καθώς μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας. Για το λόγο αυτό, θα προτείναμε τη χρήση ξανά αυτού του εργαλείου με σκοπό την στάθμιση του. Τέλος, καθώς δε βρήκαμε συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας και της κατάθλιψης στους γονείς παιδιών με αναπηρίες, προτείνουμε την διερεύνηση της παραμέτρου αυτής από μελλοντικές έρευνες.

Κεφάλαιο 5^ο: Επιπτώσεις της έρευνας-Προτάσεις

Μέσα από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, έγιναν φανερές οι επιπτώσεις του στίγματος και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο πληθυσμό των γονέων με παιδιά με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Με αποτέλεσμα να κρίνεται απαραίτητη η διατύπωση ορισμένων προτάσεων που θα συντελέσουν στην ψυχική ενδυνάμωση των γονέων αλλά στην αλλαγή του κοινωνικού συνόλου.

Οι γονείς των παιδιών με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες έχουν την ανάγκη επίσημων μορφών υποστήριξης. Η κοινωνία πρέπει να ξεφύγει από τις νεοφιλελεύθερες πολιτικές που ως αποτέλεσμα έχουν τον περιορισμό των δαπανών για υπηρεσίες υποστήριξης και ανακούφισης των οικογενειών, την ιατρικοποίηση της αναπηρίας και την προώθηση της χρήσης φαρμάκων στη θέση συνεδριών με ειδικό θεραπευτή που κοστίζει περισσότερο (Blum, 2007). Πρέπει λοιπόν να παρέχει μεγαλύτερη χρηματοδότηση σε κρατικές υπηρεσίες με σκοπό την ανακούφιση και την ενδυνάμωση γονέων. Οι δομές αυτές που θα δημιουργηθούν δε θα πρέπει να εστιάζουν μόνο στην αναπηρία του ατόμου αλλά να έχουν προσανατολισμό στον άνθρωπο, ως ολότητα χαρακτηριστικών, άροντας με αυτό το τρόπο τον κοινωνικό στιγματισμό.

Επίσης, οι ομάδες γονέων αποτελούν σημαντικό μέσο κοινωνικοποίησης και στήριξης των γονέων με παιδιά με αναπηρίες ή/και εκπαιδευτικές ανάγκες. Πρόκειται για γονείς που βιώνουν την ίδια κατάσταση, που είναι η αναπηρία του

παιδιού τους. Μέσα από την αφήγηση των εμπειριών τους μεταδίδουν γνώση, στήριξη και αισιοδοξία στους υπόλοιπους γονείς (Kerr & McIntosh, 2000).

Τέλος, πρέπει να δημιουργηθούν περισσότερα προγράμματα ευαισθητοποίησης αναφορικά με άτομα με αναπηρίες ή/και εκπαιδευτικές ανάγκες και τις οικογένειες τους σε επίπεδο κοινωνίας. Επίσης, προγράμματα που να αφορούν την εργασία και την ένταξη των ατόμων αυτών με ίσους όρους στην κοινωνία, ώστε το κοινωνικό σύνολο να αποδομήσει τις κοινωνικές κατασκευές που έχει δημιουργήσει για την αναπηρία και να αποκτήσει τις αρχές και τις αξίες της ισότητας και του ανθρωπισμού που θα άρουν το στίγμα. Η κοινωνική αλλαγή μπορεί να οικοδομηθεί καλύτερα μέσα από το εκπαιδευτικό σύστημα. Κρίνεται απαραίτητη η χρηματοδότηση και η εφαρμογή ενταξιακών προγραμμάτων στα σχολεία σε καθολικό επίπεδο και η υιοθέτηση ενταξιακών στρατηγικών στον εκπαιδευτικό σχεδιασμό της χώρας.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., & Murphy, M. M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, down syndrome, or fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109(3), 237-254.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Aarons, M., & Gittens, T. (1999). *The handbook of autism: a guide for parents and professionals*. Psychology Press.
- Asby, A. T., Heads, A. M. B., & Dickson, J. W. (2016). Living With Maternal HIV: Spirituality, Depression, And Family Functioning. *American Journal of Health Sciences*, 7(1), 15.
- Bengtson, A. M., Pence, B. W., Gaynes, B. N., Quinlivan, E. B., Heine, A. D., O'Donnell, J. K., & O'Cleirigh, C. (2016). Improving Depression Among HIV-Infected Adults: Transporting the Effect of a Depression Treatment Intervention to Routine Care. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 73(4), 482-488.
- Benson, P. R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 217-228.
- Benson, P. R., & Karlof, K. L. (2009). Anger, stress proliferation, and depressed mood among parents of children with ASD: A longitudinal replication. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(2), 350-362.
- Bolourian, Y., & Blacher, J. (2016). Impact of Youth with Intellectual and Developmental Disabilities on Families: Balancing Perspectives. *Current Developmental Disorders Reports*, 3(2), 116-123.
- Boyce, L. K., Seedall, R. B., Innocenti, M. S., Roggman, L. A., Cook, G. A., Hagman, A. M., & Norman, V. K. J. (2017). Influence of a Parent-Child Interaction Focused Bookmaking Approach on Maternal Parenting Self-Efficacy. *Infants & Young Children*, 30(1), 76-93.
- Cappe, E., Wolff, M., Bobet, R., & Adrien, J. L. (2011). Quality of life: a key variable to consider in the evaluation of adjustment in parents of children with autism spectrum disorders and in the development of relevant support and assistance programmes. *Quality of Life Research*, 20(8), 1279-1294.
- Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanagh, D. J., & Caputi, P. (2017). Differences in the Expression of Symptoms in Men Versus Women with Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(1), 29-38.
- Cavendish, R., Luise, B. K., Russo, D., Mitzeliotis, C., Bauer, M., Bajo, M. A. M., & Medefindt, J. (2004). Spiritual perspectives of nurses in the United States relevant for education and practice. *Western Journal of Nursing Research*, 26(2), 196-212.
- Chandler, C. K., Holden, J. M., & Kolander, C. A. (1992). Counseling for spiritual wellness: Theory and practice. *Journal of Counseling & Development*, 71(2), 168-175.

- Chang, C. C., Su, J. A., Tsai, C. S., Yen, C. F., Liu, J. H., & Lin, C. Y. (2015). Rasch analysis suggested three unidimensional domains for Affiliate Stigma Scale: additional psychometric evaluation. *Journal of clinical epidemiology*, 68(6), 674-683.
- Chang, C. C., Yen, C. F., Jang, F. L., Su, J. A., & Lin, C. Y. (2017). Comparing Affiliate Stigma Between Family Caregivers of People With Different Severe Mental Illness in Taiwan. *The Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Chen, E. S., Chang, W. C., Hui, C. L., Chan, S. K., Lee, E. H. M., & Chen, E. Y. (2016). Self-stigma and affiliate stigma in first-episode psychosis patients and their caregivers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(9), 1225-1231.
- Chiu, M. Y. L., Yang, X., Wong, F. H. T., Li, J. H., & Li, J. (2013). Caregiving of children with intellectual disabilities in China—an examination of affiliate stigma and the cultural thesis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(12), 1117-1129.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 239.
- Gallagher, S., Phillips, A. C., Lee, H., & Carroll, D. (2015). The association between spirituality and depression in parents caring for children with developmental disabilities: social support and/or last resort. *Journal of religion and health*, 54(1), 358-370.
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on a spoiled identity. *Jenkins, JH & Carpenter*.
- Dein, S. (2006). Religion, spirituality and depression: implications for research and treatment. *Primary Care and Community Psychiatry*, 11(2), 67-72.
- Duarte, C. S., Bordin, I. A., Yazigi, L., & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, 9, 416-427.
- Duvdevany, I., & Vudinsky, H. (2005). Out-of-home placement of children with intellectual disability: Israeli-born parents vs. new immigrants from the ex-USSR. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(4), 321-330.
- Economou, M., Peppou, L. E., Louki, E., Komporozos, A., Mellou, A., & Stefanis, C. (2011). Depression telephone helpline: help seeking during the financial crisis. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23(1), 17-28.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A., & Stefanis, C. N. (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 308-314.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Theleritis, C., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2013). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*, 12(1), 53-59.

- Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L. E., Souliotis, K., Tzavara, C., Kontoangelos, K., . & Stefanis, C. (2016). Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates of major depression and suicidality. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(7), 1015-1024.
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(9), 657-671.
- Ekas, N. V., Whitman, T. L., & Shivers, C. (2009). Religiosity, spirituality, and socioemotional functioning in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(5), 706-719.
- Elder, J. H., & D'Alessandro, T. (2009). Supporting families of children with autism spectrum disorders: questions parents ask and what nurses need to know. *Pediatric nursing*, 35(4), 240.
- Emmons, R. A. (1999). Religion in the psychology of personality: An introduction. *Journal of personality*, 67(6), 874-888.
- Gallagher, S., Phillips, A. C., Lee, H., & Carroll, D. (2015). The association between spirituality and depression in parents caring for children with developmental disabilities: social support and/or last resort. *Journal of religion and health*, 54(1), 358-370.
- Gallagher, S., & Hannigan, A. (2014). Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental disabilities: The growing up in Ireland cohort study. *Research in developmental disabilities*, 35(2), 448-454.
- Gona, J. K., Newton, C. R., Hartley, S., & Bunning, K. (2014). A home-based intervention using augmentative and alternative communication (AAC) techniques in rural Kenya: what are the caregivers' experiences?. *Child: care, health and development*, 40(1), 29-41.
- Goodwin, R. D., & Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry research*, 126(2), 135-142.
- Gray, D. E. (1993). Perceptions of stigma: The parents of autistic children. *Sociology of Health & Illness*, 15(1), 102-120.
- Green, S. E. (2004). The impact of stigma on maternal attitudes toward placement of children with disabilities in residential care facilities. *Social Science & Medicine*, 59 (4), 799-812.
- Green, S., Davis, C., Karshmer, E., Marsh, P., & Straight, B. (2005). Living stigma: The impact of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination in the lives of individuals with disabilities and their families. *Sociological Inquiry*, 75(2), 197-215.
- Green, S. E. (2007). Components of perceived stigma and perceptions of wellbeing among university students with and without disability experience. *Health Sociology Review*, 16 (3-4), 328-340.
- Grodensky, C. A., Golin, C. E., Jones, C., Mamo, M., Dennis, A. C., Abernethy, M. G., & Patterson, K. B. (2015). "I Should Know Better": The roles of relationships, spirituality, disclosure, stigma, and shame for older women

- living with HIV seeking support in the south. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(1), 12-23.
- Hassall, R., & Rose, J. (2005). Parental cognitions and adaptation to the demands of caring for a child with an intellectual disability: A review of the literature and implications for clinical interventions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(01), 71-88.
- Hassed, C. S. (2000). Depression: dispirited or spiritually deprived?. *The Medical Journal of Australia*, 173(10), 545.
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American journal on mental retardation*, 107(3), 222-232.
- Hastings, R. P., & Taunt, H. M. (2002). Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American journal on mental retardation*, 107(2), 116-127.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N. J., Degli Espinosa, F., & Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism*, 9(4), 377-391.
- Hay, D., & Hunt, K. (2000). Understanding the spirituality of people who don't go to church. *Nottingham: Centre for the Study of Human Relations*.
- Huang, C. H., Li, S. M., & Shu, B. C. (2016). Exploring the relationship between illness perceptions and negative emotions in relatives of people with schizophrenia within the context of an affiliate stigma model. *Journal of Nursing Research*, 24(3), 217-223.
- Ingersoll, B., & Hambrick, D. Z. (2011). The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 337-344.
- Ironson, G., Stuetzle, R., & Fletcher, M. A. (2006). An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *Journal of general internal Medicine*, 21(S5), S62-S68.
- Järbrink, K. (2007). The economic consequences of autistic spectrum disorder among children in a Swedish municipality. *Autism*, 11(5), 453-463.
- Kanemura, H., Sano, F., Ohyama, T., Sugita, K., & Aihara, M. (2016). Seizure severity in children with epilepsy is associated with their parents' perception of stigma. *Epilepsy & Behavior*, 63, 42-45.
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., & Brondino, M. J. (2008). Depression self-stigma: a new measure and preliminary findings. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(9), 663-670.
- Katsogianni, I. V., & Kleftras, G. (2015). Spirituality, Meaning in Life, and Depressive Symptomatology in Drug Addiction. *International Journal of Religion & Spirituality in Society*, 5(2).

- Kerr, S., M. & McIntosh, J., B. (2000). Coping when a child has a disability: Exploring the impact of parent to parent support. *Child: Care, Health and Development*, 26(4), 309–22.
- Kleftaras, G., & Katsogianni, I. (2012). Spirituality, meaning in life, and depressive symptomatology in individuals with alcohol dependence. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 14(4), 268-288.
- Kleftaras, G., & Psarra, E. (2012). Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: A comparative study. *Psychology*, 3(04), 337.
- Konstantareas, M. M., & Homatidis, S. (1989). Assessing child symptom severity and stress in parents of autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(3), 459-470.
- Kralovec, K., Kunrath, S., Fartacek, C., Pichler, E. M., & Plöderl, M. (2017). The Gender in a Sample of Austrian Psychiatric Inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. - Specific Assoc
- Larson, J. E., & Corrigan, P. (2008). The stigma of families with mental illness. *Academic psychiatry*, 32(2), 87-91.
- Lemert, E. M. (1951). Social pathology; A systematic approach to the theory of sociopathic behavior.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Lopez-Ibor, J., J. (2002). The power of stigma. *World Psychiatry*, 1(1), 23.
- Lovell, B., Moss, M., & Wetherell, M. A. (2015). The psychophysiological and health corollaries of child problem behaviours in caregivers of children with autism and ADHD. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(2), 150-157.
- Lucette, A., Ironson, G., Pargament, K. I., & Krause, N. (2016). Spirituality and Religiousness are Associated With Fewer Depressive Symptoms in Individuals With Medical Conditions. *Psychosomatics*, 57(5), 505-513.
- Ma, G. Y., & Mak, W. W. (2016). Caregiving-specific worry, affiliate stigma, and perceived social support on psychological distress of caregivers of children with physical disability in Hong Kong. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(4), 436.
- Madianos, M. G., Alexiou, T., Patelakis, A., & Economou, M. (2014). Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece. *The European Journal of Psychiatry*, 28(1), 39-49.
- Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., de Almeida, J. C., Held, T., Guarneri, M., & Maj, M. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33(9), 405-412.
- Mak, W. W., & Cheung, R. Y. (2012). Psychological distress and subjective burden of caregivers of people with mental illness: the role of affiliate stigma and face concern. *Community mental health journal*, 48(3), 270-274.
- Maslow, A. H. (1971). *The Further Reaches of Human Nature*. New York, Viking.

- Masulani, T. W. M., Mathanga, D., Silungwe, D., Kauye, F., & Gladstone, M. (2016). Parenting children with intellectual disabilities in Malawi: the impact that reaches beyond coping?. *Child: care, health and development*, 42(6), 871-880.
- Mickelson, K. D. (2001). Perceived stigma, social support, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(8), 1046-1056.
- Mikami, A. Y., Chong, G. K., Saporito, J. M., & Na, J. J. (2015). Implications of parental affiliate stigma in families of children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(4), 595-603.
- Miller, R. L. (2007). Legacy denied: African American gay men, AIDS, and the black church. *Social Work*, 52(1), 51-61.
- Mirenda, P., Smith, I. M., Vaillancourt, T., Georgiades, S., Duku, E., Szatmari, P., & Waddell, C. (2010). Validating the repetitive behavior scale-revised in young children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(12), 1521-1530.
- Murphy, D. A., Marelich, W. D., Stritto, M. D., Swendeman, D., & Witkin, A. (2002). Mothers living with HIV/AIDS: mental, physical, and family functioning. *AIDS care*, 14(5), 633-644.
- Musselman, D. L., Evans, D. L., & Nemeroff, C. B. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Archives of general psychiatry*, 55(7), 580-592.
- Neff, K. D., & Faso, D. J. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947.
- Newland, R. P., Crnic, K. A., Cox, M. J., & Mills-Koonce, W. R. (2013). The family model stress and maternal psychological symptoms: Mediated pathways from economic hardship to parenting. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 96.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current directions in psychological science*, 10(5), 173-176.
- Norris, C., & Lloyd, G. (2000). Parents, professionals and ADHD: what the papers say. *European Journal of Special Needs Education*, 15(2), 123-137.
- Norvilitis, J. M., Scime, M., & Lee, J. S. (2002). Courtesy stigma in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A preliminary investigation. *Journal of Attention Disorders*, 6(2), 61-68.
- Olaniyan, O., Garriett, V., Mychailyszyn, M. P., Anixt, J., Rowe, P. C., & Cheng, T. L. (2007). Community perspectives of childhood behavioral problems and ADHD among African American parents. *Ambulatory Pediatrics*, 7(3), 226-231.
- Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 535-543.
- Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 494-498.
- Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychological bulletin*, 133(2), 328.

- Pakenham, K. I., Samios, C., & Sofronoff, K. (2005). Adjustment in mothers of children with Asperger syndrome An application of the double ABCX model of family adjustment. *Autism*, 9(2), 191-212.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
- Perkins, T. S., Holburn, S., Deaux, K., Flory, M. J., & Vietze, P. M. (2002). Children of Mothers with Intellectual Disability: Stigma, Mother–Child Relationship and Self ~~Interest~~. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(4), 297-313.
- Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Link, B. G., Struening, E., Kaczynski, R., Gonzalez, J., Manning, L. N., Wolf, N. & Rosenheck, R. A. (2007). Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 535-536.
- Peterson, J. L., Johnson, M. A., & Tenzek, K. E. (2010). Spirituality as a life line: Women living with HIV/AIDS and the role of spirituality in their support system. *Journal of Interdisciplinary Feminist Thought*, 4(1), 3.
- Piedmont, R. L., & Chae, J. H. (1997). Cross-cultural generalizability of the five-factor model of personality: Development and validation of the NEO PI-R for Koreans. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 28(2), 131-155.
- Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five ~~factor~~. *Journal of personality*, 67(6), 985-1013.
- Piedmont, R. L. (2001). Spiritual transcendence and the scientific study of spirituality. *Journal of rehabilitation*, 67(1), 4.
- Piedmont, R. L. (2004). Spiritual transcendence as a predictor of psychosocial outcome from an outpatient substance abuse program. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(3), 213-222.
- Piedmont, R. L. (2007). Cross-cultural generalizability of the Spiritual Transcendence Scale to the Philippines: Spirituality as a human universal. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(2), 89-107.
- Piedmont, R. L., Ciarrochi, J. W., Dy-Liacco, G. S., & Williams, J. E. (2009). The empirical and conceptual value of the spiritual transcendence and religious involvement scales for personality research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1(3), 162.
- Piedmont, R. L., Kennedy, M. C., Sherman, M. F., Sherman, N. C., & Williams, J. E. (2008). A psychometric evaluation of the Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale: Short form. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 19, 163-181.
- Piedmont, R. L., Williams, J. E., & Ciarrochi, J. W. (1997). Personality correlates of one's image of Jesus: Historiographic analysis using the five-factor model of personality. *Journal of Psychology and Theology*, 25(3), 364-373.
- Piedmont, R. L., Kennedy, M. C., Sherman, M. F., Sherman, N. C., & Williams, J. E. (2008). A psychometric evaluation of the Assessment of Spirituality and

- Religious Sentiments (ASPIRES) Scale: Short form. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 19, 163-181.
- Piedmont, R. L., Werdel, M. B., & Fernando, M. (2009). The utility of the Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) scale with Christians and Buddhists in Sri Lanka. In *Research in the Social Scientific Study of Religion, Volume 20* (pp. 131-144). Brill.
- Pisula, E. (2003). Parents of children with autism—review of current research. *Archives of psychiatry and Psychotherapy*, 1(5), 51-63.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Monroe, A. E. (2012). The infection of bad company: stigma by association. *Journal of personality and social psychology*, 102(2), 224.
- Psarra, E., & Kleftaras, G. (2013). Adaptation to physical disabilities: The role of meaning in life and depression. *The European Journal of Counselling Psychology*, 2(1).
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., & Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904.
- Pyne, J. M., Kuc, E. J., Schroeder, P. J., Fortney, J. C., Edlund, M., & Sullivan, G. (2004). Relationship between perceived stigma and depression severity. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(4), 278-283.
- Ryan, S. (2005). Busy behaviour' in the 'Land of the Golden M': Going out with learning disabled children in public places. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18 (1), 65–75.
- Salkas, K., Magaña, S., Marques, I., & Mirza, M. (2016). Spirituality in Latino families of children with autism spectrum disorder. *Journal of Family Social Work*, 19(1), 38-55.
- Sanders, J. L., & Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. *Child & Family Behavior Therapy*, 19(4), 15-32.
- Saucier, G., & Skrzypińska, K. (2006). Spiritual but not religious? Evidence for two independent dispositions. *Journal of personality*, 74(5), 1257-1292.
- Shah, A. J., Wadoo, O., & Latoo, J. (2010). Psychological distress in carers of people with mental disorders. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 18.
- Sira, N., Desai, P. P., Sullivan, K. J., & Hannon, D. W. (2014). Coping Strategies in Mothers of Children with Heart Defects: A Closer Look Into Spirituality and Internet Utilization. *Journal of Social Service Research*, 40(5), 606-622.
- Skinner, D. G., Correa, V., Skinner, M., & Bailey Jr, D. B. (2001). Role of religion in the lives of Latino families of young children with developmental delays. *American Journal on Mental Retardation*, 106(4), 297-313.
- Smith, L. E., Seltzer, M. M., Tager-Flusberg, H., Greenberg, J. S., & Carter, A. S. (2008). A comparative analysis of well-being and coping among mothers of

- toddlers and mothers of adolescents with ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(5), 876.
- Speraw, S. (2006). Spiritual experiences of parents and caregivers who have children with disabilities or special needs. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 213-230.
- Stjernswärd, S., & Östman, M. (2008). Whose life am I living? Relatives living in the shadow of depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(4), 358-369.
- Schwartz, C., & Tsumi, A. (2003). Parental involvement in the residential care of persons with intellectual disability: The impact of parents' and residents' characteristics and the process of relocation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16(4), 285-293.
- Szaflarski, M. (2013). Spirituality and religion among HIV-infected individuals. *Current HIV/AIDS Reports*, 10(4), 324-332.
- Szaflarski, M. (2014, July). HIV Stigma in US Faith Communities. In *XVIII ISA World Congress of Sociology (July 13-19, 2014)*. Isaconf.
- Tanney, M. R., Naar-King, S. & MacDonnel, K.(2012). Depression and stigma in high-risk youth living with HIV: a multi-site study. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(4), 300-305.
- Tomanik, S., Harris, G. E., & Hawkins, J. (2004). The relationship between behaviours exhibited by children with autism and maternal stress. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(1), 16-26.
- Travis, J. W., & Ryan, R. S. (1988). *The wellness workbook*. Ten Speed Press.
- Tuck, I., McCain, N. L., & Elswick Jr, R. K. (2001). Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *Journal of advanced nursing*, 33(6), 776-783.
- Tuck, I., & Thinganjana, W. (2007). An exploration of the meaning of spirituality voiced by persons living with HIV disease and healthy adults. *Issues in mental health nursing*, 28(2), 151-166.
- Van der Sanden, R. L., Bos, A. E., Stutterheim, S. E., Pryor, J. B., & Kok, G. (2013). Experiences of stigma by association among family members of people with mental illness. *Rehabilitation psychology*, 58(1), 73.
- Van der Sanden, R. L., Bos, A. E., Stutterheim, S. E., Pryor, J. B., & Kok, G. (2015). Stigma by association among family members of people with a mental illness: A qualitative analysis. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 25(5), 400-417.
- Van der Sanden, R. L., Pryor, J. B., Stutterheim, S. E., Kok, G., & Bos, A. E. (2016). Stigma by association and family burden among family members of people with mental illness: the mediating role of coping. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1233-1245.
- Vance, D. E., Brennan, M., Enah, C., Smith, G. L., & Kaur, J. (2011). Religion, spirituality, and older adults with HIV: Critical personal and social resources for an aging epidemic. *Clinical Interventions in Aging*, 6, 101-109.

- Vosloo, C., Wissing, M. P., & Temane, Q. M. (2009). Gender, spirituality and psychological well-being. *Journal of Psychology in Africa*, 19(2), 153-159.
- Wang, J., & Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of affective disorders*, 110(1), 191-196.
- Weiss, J. A., Wingsong, A., & Lunsy, Y. (2013). Defining crisis in families of individuals with autism spectrum disorders. *Autism*, 1362361313508024.
- Werner, S., & Shulman, C. (2013). Subjective well-being among family caregivers of individuals with developmental disabilities: the role of affiliate stigma and psychosocial moderating variables. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4103-4114.
- Werner, S., & Shulman, C. (2015). Does type of disability make a difference in affiliate stigma among family caregivers of individuals with autism, intellectual disability or physical disability? *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(3), 272-283.
- Westgate, C. E. (1996). Spiritual wellness and depression. *Journal of Counseling & Development*, 75(1), 26-35.
- Wong, C. C., Mak, W. W., & Liao, K. Y. H. (2016). Self-Compassion: a Potential Buffer Against Affiliate Stigma Experienced by Parents of Children with Autism Spectrum Disorders. *Mindfulness*, 7(6), 1385-1395.
- Willems, R. (2010). Experiences of Stigma-by-Association: Cognitive, Affective, and Behavioral Components.
- Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C. T., Ofstedal, M. B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM-Population Health*, 2, 373-381.
- Yi, M. S., Mrus, J. M., Wade, T. J., Ho, M. L., Hornung, R. W., Cotton, S., Peterman, A. H., Puchalski, C. M. & Tsevat, J. (2006). Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 21(S5), S21-S27.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Babbie, E. (2011). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα* (Κ. Ζαφειρόπουλος, επίμ., & Γ. Βογιατζής, μετάφρ., 1^η έκδ.). Αθήνα: Κριτική Α.Ε.
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2008). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχμιο.
- Γενά, Α. & Μπαλαμώτης, Γ. (2013). *Η οικογένεια του παιδιού με αυτισμό, τόμος Α', οι γονείς*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg
- Δημητριάδης, Ε. (2010). *Στατιστικές Εφαρμογές με SPSS 17.0 και LISREL 8.7* (1^η έκδ.). Αθήνα: Κριτική Α.Ε.
- Ζήση, Α. & Μαυροπούλου, Σ. (2013). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία των μητέρων που μεγαλώνουν παιδί/ά στο φάσμα του αυτισμού: Επισκόπηση ευρημάτων. *Ψυχολογία*, 20 (4), 413-428.
- Ζήση, Α., Μαυροπούλου, Σ. & Δαρδάνη, Χ. (2016). Στίγμα, αναπηρία και μητρότητα: Η εμπειρία της εργατικής τάξης. *Σύναψις* 43(12), 14-21.

- Ζήση, Α., Μαυροπούλου, Σ. & Δαρδάνη, Χ. (υπό δημοσίευση). Μεγαλώνοντας παιδί/ά στο φάσμα του αυτισμού: Η ταξική διάσταση. *Ψυχολογία*.
- Κλεφταρας, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κλεφτάρας, Γ. & Τζονιχάκη, Ι. (2012). Ερωτηματολόγιο αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Questionnaire d' Auto-Evaluation de la Symptomatologie Dépressive [QD2]). Στο Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Πεδίο.
- Robson, C. (2010). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου*. Αθήνα : Εκδόσεις Gutenberg.
- Ρούσσο, Π. Α., & Τσαούσης, Γ. (2011). *Στατιστική στις επιστήμες της συμπεριφοράς με τη χρήση του SPSS*. Αθήνα: Τόπος.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα: Μία συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό*: Πεδίο.
- Tzonichaki, I., Malikiosi-Loizos, M., & Kleftaras, G. (2013). Ο ρόλος του επιπέδου λειτουργικότητας, της ικανοποίησης ζωής και των δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των ηλικιωμένων. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 12(4). *χώρο*. Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία

Αργοναυτών & Φιλελλήνων, 382 21 Βόλος, τηλ.: 24210-74831, e-mail:
msc.counselling@sed.uth.gr

Αγαπητοί γονείς,

Ονομάζομαι Κατερίνα Στεργιούλη και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών: Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης έρευνας που διεξάγεται με στόχο την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας με επιβλέποντα τον Κοσμήτορα της Σχολής Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών και Καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας – Ψυχοπαθολογίας του Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής κ. Γιώργο Κλεφτάρα.

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει ως στόχο την μελέτη των στάσεων και των απόψεων που έχουν οι γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες/αναπηρίες, καθώς και στον τρόπο που βιώνουν και αντιμετωπίζουν αυτό το γεγονός. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι **ανώνυμη** και οι απαντήσεις απολύτως **εμπιστευτικές**. Τέλος, είναι σημαντικό να τονισθεί ότι **δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις** με την έννοια ότι το σημαντικό είναι η δική σας προσωπική, αυθόρμητη και ειλικρινής άποψη.

Ευελπιστώντας στη συνεργασία σας, σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμβολή σας στην πραγματοποίηση αυτής της έρευνας.

Γιώργος Κλεφτάρας

Κατερίνα Στεργιούλη

Τηλέφωνα Επικοινωνίας: 6949419131

E-mail: katerina.stergioulis91@gmail.com

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: 1. Άντρας 2. Γυναίκα

Ημερομηνία γέννησης:-----	2. Ηλικία: -----
---------------------------	-------------------------

3. Εκπαίδευση: 1. Δημοτικό 2. Γυμνάσιο 3. Τ.Ε.Ε. 4. Λύκειο 5. Τ.Ε.Ι. 6. Πανεπιστήμιο	4. Οικογενειακή κατάσταση: 1. Ανύπαντρος/η 2. Παντρεμένος/η 3. Διαζευγμένος/η ή χωρισμένος/η 4. Χήρος/α 5. Άλλο
---	---

5. Κατοικείτε με: 1. Τον/την σύζυγό σας 2. Τους γονείς σας 3. Με συγγάτοικο 4. Μόνος/η 5. Μόνος/η με το/τα παιδί/ά σας	6. Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημά σας είναι: 1. Μέχρι 750 € 2. Μέχρι 1500 € 3. Μέχρι 2200 € 4. Μέχρι 3000 € 5. Πάνω από 3000 €
--	--

7. Αριθμός παιδιών: 1. Ένα 2. Δύο 3. Τρία 4. Τέσσερα 5. Πέντε ή περισσότερα	8. Έχετε παιδί με ειδικές ανάγκες: 1. Ναι 2. Όχι
---	---

9. Ποια η ηλικία του παιδιού: -----	10. Ποιο πρόβλημα αντιμετωπίζει: <i>(σημειώστε τη διάγνωση που έδωσαν οι γιατροί στο παιδί σας ή πείτε με δικά σας λόγια τι έχει το παιδί)</i> -----
---	---

<p>11. Πότε περίπου παρουσιάστηκε το πρόβλημα: <i>(σημειώστε το έτος και το μήνα, αν είναι δυνατόν, που παρουσιάστηκε το πρόβλημα)</i></p> <p>-----</p>	<p>12. Ο/Η σύζυγος συμμετέχει στην όλη αντιμετώπιση του προβλήματος που δημιουργήθηκε λόγω του παιδιού, είναι με άλλα λόγια υποστηρικτικός/η:</p> <p>1. Ναι 2. Όχι</p>
---	--

Α. ΜΕΡΟΣ

Για να απαντήσετε στις συγκεκριμένες ερωτήσεις, παρακαλούμε να σημειώσετε με X το βαθμό τον οποίο αισθάνεστε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, θα θέλαμε να σας διευκρινίσουμε τι εννοούμε με τους όρους πνευματικότητα και διαλογισμός.

- Με τον έννοια «πνευματικότητα» ορίζουμε τις προσπάθειες ενός ατόμου να δημιουργήσει μία ευρεία αίσθηση προσωπικού νοήματος και σκοπού στη ζωή του, έχοντας παράλληλα επίγνωση της δικής του θνητότητας. Την πανανθρώπινη, δηλαδή εγγενή τάση του ατόμου να υπερβαίνει και να στέκεται πέρα από τη δική του ατομική ύπαρξη, ώστε να αντιλαμβάνεται τη ζωή μέσα από μια ευρύτερη και πιο ολοκληρωμένη οπτική γωνία. Πρόκειται με άλλα λόγια για τη σταδιακή και σε διαφορετικό βαθμό συνειδητοποίηση ότι υπάρχει ένα ευρύτερο νόημα και σκοπός στη ζωή μας. Μεταφορικά θα λέγαμε ότι κατανοούμε πως ο καθένας από εμάς δεν αποτελεί παρά μια μεμονωμένη κλωστή στο μεγάλο χαλί της ύπαρξης.
- Με τον όρο «διαλογισμό» εννοούμε μία μορφή πνευματικής συγκέντρωσης που επιτυγχάνεται με βαθιά χαλάρωση και απομάκρυνση κάθε σκέψης και εξωτερικών ερεθισμάτων από το άτομο. Σκοπός του διαλογισμού, για τους εσωτεριστές, είναι η άντληση γνώσης ή και εμπειριών άμεσα, χωρίς τη χρήση των αισθητηρίων οργάνων του ανθρώπου και οποιασδήποτε άλλης

πηγής πληροφόρησης. Γενικότερα θεωρείται και μέσο ψυχικής χαλάρωσης, ευεξίας και θεραπείας. Μερικές φορές, κάποιοι άνθρωποι αυτό το επιτυγχάνουν και μέσα από τη βαθιά αυτοσυγκέντρωση κατά τη διάρκεια της προσευχής προς το Θεό.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1. Δεν έχω βιώσει ένα αίσθημα βαθιάς πληρότητας και ευδαιμονίας μέσα από τις προσευχές και/ή τον διαλογισμό μου.					
2. Δεν νιώθω κάποια σύνδεση με μια ανώτερη Δύναμη ή Πραγματικότητα.					
3. Δεν πιστεύω ότι με κάποιο τρόπο η ζωή μου είναι στενά συνδεδεμένη με όλη την ανθρωπότητα.					
4. Κάνω διαλογισμό και / ή προσεύχομαι έτσι ώστε να φτάσω σε ένα ανώτερο πνευματικό επίπεδο.					
5. Όλα στη ζωή συνδέονται μεταξύ τους					
6. Υπάρχει μια «τάξη» στο σύμπαν η οποία υπερβαίνει την ανθρώπινη σκέψη.					
7. Ο θάνατος πράγματι σταματάει το αίσθημα συναισθηματικής εγγύτητας που νοιώθουμε για κάποιον.					
8. Στη γαλήνη των προσευχών μου και/ή του διαλογισμού μου βρίσκω ένα αίσθημα πληρότητας.					
9. Έχω κάνει πράγματα στη ζωή μου, επειδή πίστευα ότι θα ευχαριστούσαν ένα γονιό, ένα συγγενή ή ένα φίλο που έχει					

πεθάνει.					
10. Αν και νεκροί, οι αναμνήσεις και οι σκέψεις κάποιων από τους συγγενείς μου συνεχίζουν να επηρεάζουν τη ζωή μου στο παρόν.					
11. Η έννοια της «πνευματικότητας» δεν αποτελεί κεντρικό κομμάτι της ζωής μου.					
12. Αντλώ εσωτερική δύναμη και/ή γαλήνη από τις προσευχές και/ή τον διαλογισμό μου.					
13. Παρόλο που υπάρχει καλό και κακό στους ανθρώπους, πιστεύω ότι η ανθρωπότητα συνολικά είναι κατά βάση κακή.					
14. Δεν έχω δυνατούς συναισθηματικούς δεσμούς με κάποιον που έχει πεθάνει.					
15. Δεν υπάρχει ανώτερο επίπεδο συνειδητότητας ή πνευματικότητας που να συνδέει όλους τους ανθρώπους.					
16. Αν και οι άνθρωποι σε προσωπικό επίπεδο μπορεί να είναι δύσκολοι, νιώθω ένα συναισθηματικό δέσιμο με όλη την ανθρωπότητα.					
17. Κάνω διαλογισμό και/ή προσεύχομαι έτσι ώστε να αναπτυχθώ ως άτομο.					
18. Η προσευχή και/ή ο διαλογισμός δεν ασκούν ιδιαίτερη έλξη πάνω μου.					
19. Οι προσευχές και/ή ο διαλογισμός μου παρέχουν ένα αίσθημα συναισθηματικής στήριξης.					
20. Νιώθω ότι σε ένα ανώτερο επίπεδο όλοι μας μοιραζόμαστε έναν κοινό δεσμό.					

21. Θέλω να έλθω πιο κοντά στο Θεό, έτσι όπως τον αντιλαμβάνομαι					
22. Ο έπαινος των άλλων σχετικά με τα επιτεύγματά μου, μου προσφέρει βαθιά ικανοποίηση					
23. Δεν με απασχολούν οι προσδοκίες που έχουν τα αγαπημένα μου πρόσωπα από μένα.					

B. ΜΕΡΟΣ

Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και σημειώστε την ένδειξη **ΣΩΣΤΟ** (με τον αριθμό **1**) αν η πρόταση αυτή αντιστοιχεί στη σημερινή σας κατάσταση. Αν αντίθετα, αυτή η πρόταση δεν αντιστοιχεί στη σημερινή σας κατάσταση, σημειώστε την ένδειξη **ΛΑΘΟΣ** (με τον αριθμό **2**). Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Τελευταία, έχω δυσκολία να πάρω μπρος.	1	2
2. Είμαι υποχρεωμένος/η να ρωτώ τους άλλους τι πρέπει να κάνω.	1	2
3. Πέτυχα λιγότερο στη ζωή μου σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων.	1	2
4. Αυτή την περίοδο παραμελώ τον εαυτό μου.	1	2
5. Έχω την εντύπωση ότι έχω έναν κόμπο στον λαιμό..	1	2
6. Έχω δυσκολία να αποφύγω τις άσχημες σκέψεις που μου περνούν από το μυαλό.	1	2
7. Ό, τι έχει σχέση με το σεξ με ενδιαφέρει λιγότερο απ' ό, τι συνήθως.	1	2
8. Αισθάνομαι άχρηστος/η.	1	2
9. Τελευταία, πρέπει να επαληθεύω και να ξαναεπαληθεύω αυτό που κάνω.	1	2

10. Ιδρώνω περισσότερο απ' ό, τι συνήθως.	1	2
11. Η μνήμη μου, μου φαίνεται λιγότερο καλή απ' ό, τι συνήθως.	1	2
12. Είμαι χωρίς ενέργεια.	1	2
13. Αισθάνομαι ένοχος/η.	1	2
14. Τελευταία, αισθάνομαι ιδιαίτερα νευρικός/η.	1	2
15. Έχω μια αίσθηση βάρους στα χέρια και τα πόδια.	1	2
16. Μου αρέσει λιγότερο από πριν να κάνω ό, τι με ευχαριστεί και με ενδιαφέρει.	1	2
17. Αισθάνομαι πιο κουρασμένος/η απ' ό, τι συνήθως, χωρίς λόγο.	1	2
18. Τελευταία, η όρεξη μου είναι λιγότερο καλή.	1	2
19. Είμαι απογοητευμένος/η και αηδιασμένος/η από τον εαυτό μου.	1	2
20. Αισθάνομαι μπλοκαρισμένος/η ή εμποδισμένος/η για να κάνω το παραμικρό πράγμα.	1	2
21. Αυτή την περίοδο, αισθάνομαι λιγότερο ευτυχής σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων.	1	2
22. Μου είναι δύσκολο αυτή την περίοδο να συγκεντρωθώ σε μια δουλειά ή απασχόληση.	1	2
23. Θα' θελα να τελειώνα με την ζωή.	1	2
24. Έχω την εντύπωση ότι η καρδιά μου κτυπά πιο γρήγορα απ' ό, τι συνήθως ή ότι φτερουγίζει.	1	2
25. Αισθάνομαι λιγότερο ικανός/η και έξυπνος/η από την πλειοψηφία των άλλων ανθρώπων.	1	2
26. Αυτή την περίοδο έχω συχνά την επιθυμία να' μαι μόνος/η.	1	2
27. Αυτή την περίοδο αισθάνομαι πολύ εκνευρισμένος/η.	1	2
28. Το βάρος μου άλλαξε.	1	2

29. Είμαι χωρίς ελπίδα για το μέλλον.	1	2
30. Έχω πόνους στην μέση.	1	2
31. Αυτή την περίοδο αποφεύγω μερικές δραστηριότητες, μερικά μέρη ή πράγματα γιατί με φοβίζονται.	1	2
32. Το ηθικό μου είναι πολύ πεσμένο.	1	2
33. Αυτή την περίοδο μου είναι αδύνατο να μείνω στην ίδια θέση.	1	2
34. Ό, τι κάνω το κάνω λιγότερο γρήγορα απ' ό, τι συνήθως.	1	2
35. Αυτή την περίοδο είμαι πιο δυσκοίλιος/α απ' ό, τι συνήθως.	1	2
36. Είμαι υποχρεωμένος/η να πιεστώ για να κάνω οτιδήποτε.	1	2
37. Το μυαλό μου είναι λιγότερο καθαρό απ' ό, τι συνήθως.	1	2
38. Σκέφτομαι ότι θα' ταν καλύτερα να ήμουν πεθαμένος/η.	1	2
39. Δεν είμαι ικανός/η να παίρνω αποφάσεις τόσο εύκολα όσο συνήθως.	1	2
40. Αυτή την περίοδο είμαι θλιμμένος/η.	1	2
41. Ο ύπνος μου είναι λιγότερο καλός απ' ό, τι συνήθως.	1	2
42. Βρίσκω ότι φταίω για μερικά πράγματα ή γεγονότα.	1	2
43. Έχω την εντύπωση ότι οι άλλοι δεν με καταλαβαίνουν.	1	2
44. Έχω δυσκολία να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.	1	2
45. Είμαι πιο ευερέθιστος/η απ' ό, τι συνήθως.	1	2
46. Αυτή την περίοδο κλαίω συχνά.	1	2
47. Ανησυχώ για την υγεία μου.	1	2
48. Αυτή την περίοδο ορισμένα πράγματα με ταράζουν και με βασανίζουν.	1	2

49. Είμαι γεμάτος/η από αίσθημα φόβου.	1	2
50. Εργάζομαι λιγότερο εύκολα από πριν.	1	2
51. Αυτή την περίοδο η ζωή μου, μου φαίνεται άδεια	1	2
52. Αισθάνομαι ότι είμαι σε μια κατάσταση γενικής αδυναμίας.	1	2

Γ. ΜΕΡΟΣ

Για να απαντήσετε στις συγκεκριμένες ερωτήσεις, παρακαλούμε να σημειώσετε με X το βαθμό τον οποίο αισθάνεστε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1. Αισθάνομαι κατώτερος επειδή το παιδί μου έχει ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.				
2. Νιώσω συναισθηματικά διαταραγμένος επειδή έχω παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.				
3. Η συμπεριφορά του παιδιού μου που έχει ειδικές ανάγκες/ αναπηρία με κάνει να αισθάνομαι αμηχανία/ άβολα.				
4. Αισθάνομαι ανήμπορος που έχω παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.				
5. Νιώθω λυπημένος που έχω παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.				

6. Ανησυχώ για το εάν οι άλλοι μάθουν ότι έχω ένα παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία				
7. Βρίσκομαι κάτω από μεγάλη πίεση επειδή έχω ένα παιδί με αναπηρία.				
8. Οι άλλοι κάνουν διακρίσεις σε βάρος μου εάν είμαι με το παιδί μου που έχει ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.				
9. Η φήμη επηρεάζεται πολύ άσχημα επειδή έχω παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.				
10. Η στάση των ανθρώπων απέναντί μου γίνεται αρνητική όταν είμαι με το παιδί μου με ειδικές ανάγκες/αναπηρίες".				
11. Το να έχω ένα παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία έχει αρνητικό αντίκτυπο σε μένα.				
12. Το να έχω ένα παιδί με κάνει να σκέφτομαι ότι είμαι ανίκανος σε σχέση με τους άλλους.				
13. Το να έχω ένα παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία με κάνει να σκέφτομαι ότι μειονεκτώ σε σχέση με άλλους.				
14. Το να έχω ένα παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία επηρεάζει πολύ αρνητικά την υπόληψη μου.				
15. Αποφεύγω να επικοινωνώ με το παιδί μου που έχει ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.				
16. Δεν τολμώ να πω στους άλλους ότι έχω ένα παιδί με				

ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.				
17. Μειώνω τη συχνότητα που βγαίνω με το παιδί μου που έχει ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.				
18. Δεδομένου ότι έχω ένα παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία, έχω περιορίσει σημαντικά τις επαφές μου με τους φίλους και συγγενείς μου.				
19. Όταν είμαι μαζί με το παιδί μου που έχει ειδικές ανάγκες/ αναπηρία, κρατάω χαμηλό προφίλ.				
20. Έχω μειώσει σημαντικά τις επαφές με το παιδί μου που έχει ειδικές ανάγκες/ αναπηρία .				
21. Δεν τολμώ να συμμετέχω σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την αναπηρία μη τυχόν και οι άλλοι υποψιαστούν ότι έχω παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.				
22. Δεδομένου ότι έχω ένα παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία έχω μειώσει σημαντικά τις επαφές με τους γείτονες μου.				

Παράρτημα Β

1. Παραγοντικές αναλύσεις των ερωτηματολογίων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της υπερβατικότητας και του στίγματος δεσμού

1.1 Παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου της Αυτοεκτιμούμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό, και έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες ελληνικές έρευνες μέσω της μετάφρασης και της προσαρμογής των ερωτήσεων στην ελληνική γλώσσα με τη μέθοδο της μετάφρασης επαναμετάφρασης από μια ομάδα τριών δίγλωσσων ψυχολόγων (Τζονιχάκη, Μαλικιώση & Κλεφτάρας, 2013). Κρίθηκε σκόπιμο στην παρούσα έρευνα, μέσω του δείγματος που συλλέχθηκε, να μελετηθεί η παραγοντική του δομή και η αξιοπιστία των προτάσεων του. Η διερεύνηση της παραγοντικής δομής του εργαλείου έγινε με την χρήση των βασικών συνιστωσών (Principal components analysis) και με τη μέθοδο περιστροφής των αξόνων (Varimax). Η ανάλυση βασικών συνιστωσών στις 52 προτάσεις της κλίμακας QD2, έδωσε 13 συνιστώσες εκ των οποίων η πρώτη έχει ιδιοτιμή (18.06), ερμηνεύει το 34.73 % και φορτίζει θετικά όλες τις προτάσεις του ερωτηματολογίου, γεγονός που μας επιτρέπει να πούμε πως οι προτάσεις της κλίμακας μετρούν κάτι το ενιαίο, έναν «γενικό παράγοντα κατάθλιψης».

Η τιμή Kaiser Meyer Olkin (KMO) της επάρκειας του δείγματος στην τελική παραγοντική ανάλυση είναι οριακά δεκτή (KMO measure of sampling adequacy = .58) και η υπόθεση των μηδενικών συντελεστών συσχέτισης απορρίπτεται (Barlett's test of sphericity, $p=.00$). Από την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων και από τον έλεγχο των ιδιοτιμών των διαμορφωμένων παραγόντων ώστε αυτές να είναι μεγαλύτερες του 1.0 προκύπτουν 4 παράγοντες από το σύνολο των αρχικών μεταβλητών, κάτι που επαληθεύεται και από γράφημα screeplot. Οι παράγοντες ερμηνεύουν περίπου το 63.8% της συνολικής διασποράς για το ερωτηματολόγιο.

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 17 προτάσεις (ιδιοτιμή=16.22, Cronbach's alpha = .943) και ερμηνεύει το 40.12% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Άγχος». Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

45. <i>Είμαι πιο ευερέθιστος/η απ' ό, τι συνήθως.....</i>	(.808)
44. <i>Έχω δυσκολία να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.....</i>	(.763)
48. <i>Αυτή την περίοδο ορισμένα πράγματα με ταράζουν και με βασανίζουν.....</i>	(.762)
52. <i>Αισθάνομαι ότι είμαι σε μια κατάσταση γενικής αδυναμίας.....</i>	(.748)
27. <i>Αυτή την περίοδο αισθάνομαι πολύ εκνευρισμένος/η.....</i>	(.748)
32. <i>Το ηθικό μου είναι πολύ πεσμένο.....</i>	(.718)
39. <i>Δεν είμαι ικανός/η να παίρνω αποφάσεις τόσο εύκολα όσο συνήθως.....</i>	(.697)
14. <i>Τελευταία, αισθάνομαι ιδιαίτερα νευρικός/η.....</i>	(.648)
42. <i>Βρίσκω ότι φταίω για μερικά πράγματα ή γεγονότα.....</i>	(.643)
11. <i>Η μνήμη μου, μου φαίνεται λιγότερο καλή απ' ό, τι συνήθως.....</i>	(.628)
50. <i>Εργάζομαι λιγότερο εύκολα από πριν.....</i>	(.619)
34. <i>Ό, τι κάνω το κάνω λιγότερο γρήγορα απ' ό, τι συνήθως.....</i>	(.611)
16. <i>Μου αρέσει λιγότερο από πριν να κάνω ό, τι με ευχαριστεί και με ενδιαφέρει...</i>	(.610)
22. <i>Μου είναι δύσκολο αυτή την περίοδο να συγκεντρωθώ σε μια δουλειά ή απασχόληση.....</i>	(.596)
37. <i>Το μυαλό μου είναι λιγότερο καθαρό απ' ό, τι συνήθως.....</i>	(.561)
20. <i>Αισθάνομαι μπλοκαρισμένος/η ή εμποδισμένος/η για να κάνω το παραμικρό πράγμα.....</i>	(.540)
21. <i>Αυτή την περίοδο, αισθάνομαι λιγότερο ευτυχής σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων.....</i>	(.533)

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 6 προτάσεις (ιδιοτιμή= 3.55, Cronbach's alpha = .876) και ερμηνεύει το 10.75% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Αίσθημα μη ευχαρίστησης ή ανηδονίας». Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

5. Έχω την εντύπωση ότι έχω έναν κόμπο στον λαιμό.....	(.846)
6. Έχω δυσκολία να αποφύγω τις άσχημες σκέψεις που μου περνούν από το μυαλό..	(.834)
49. Είμαι γεμάτος από αίσθημα φόβου.....	(.764)
7. Ό, τι έχει σχέση με το σεξ με ενδιαφέρει λιγότερο απ' ότι συνήθως.....	(.564)
17. Αισθάνομαι πιο κουρασμένος/η απ' ό, τι συνήθως χωρίς λόγο.....	(.598)
40. Αυτή την περίοδο είμαι θλιμμένος/η.....	(.564)

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 5 προτάσεις (ιδιοτιμή=2.20, Cronbach's alpha=.850) και ερμηνεύει το 6.66% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Αίσθημα απώλειας της ζωτικής δύναμης». Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

19. Είμαι απογοητευμένος/η και αηδιασμένος/η από τον εαυτό μου.....	(.800)
51. Αυτή την περίοδο η ζωή μου, μου φαίνεται άδεια.....	(.775)
25. Αισθάνομαι λιγότερο ικανός/η και έξυπνος/η από την πλειοψηφία των άλλων ανθρώπων.....	(.732)
31. Αυτή την περίοδο αποφεύγω μερικές δραστηριότητες, μερικά μέρη ή πράγματα γιατί με φοβίζονται.....	(.613)
36. Είμαι υποχρεωμένος/η να πιεστώ για κάνω οτιδήποτε.....	(.580)

Παράγοντας 4: Αποτελείται από 5 προτάσεις (ιδιοτιμή=2.20, Cronbach's alpha = .843) και ερμηνεύει το 6.30% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Καταθλιπτική ή απαισιόδοξη διάθεση». Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

38. Σκέφτομαι ότι θα' ταν καλύτερα να ήμουν πεθαμένος/η.....	(.784)
29. Είμαι χωρίς ελπίδα για το μέλλον.....	(.779)
1. Τελευταία, έχω δυσκολία να πάρω μπρος.....	(.696)
8. Αισθάνομαι άχρηστος/η.....	(.621)
23. Θα' θελα να τελειώνα με την ζωή.....	(.533)

1.2. Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας υπερβατικότητας

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό, και έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες ελληνικές έρευνες μέσω της μετάφρασης και της προσαρμογής των ερωτήσεων στην ελληνική γλώσσα με τη μέθοδο της μετάφρασης επαναμετάφρασης (Kleftaras & Katsogianni, 2012, Katsogianni & Kleftaras, 2015, Kleftaras & Vasilou, 2016). Άμεση συνέπεια κρίθηκε σκόπιμο στην παρούσα έρευνα, μέσω του δείγματος που συλλέχθηκε, να μελετηθεί η παραγοντική του δομή. Η διερεύνηση της παραγοντικής δομής του εργαλείου έγινε με την χρήση των πρωταρχικών συνιστωσών (Principal components analysis) και με τη μέθοδο περιστροφής των αξόνων (Varimax). Η ανάλυση βασικών συνιστωσών στις 23 προτάσεις της κλίμακας πνευματικότητας, έδωσε 7 συνιστώσες εκ των οποίων η πρώτη έχει ιδιοτιμή (7.08), ερμηνεύει το 30.77 % και φορτίζει θετικά όλες τις προτάσεις του ερωτηματολογίου, γεγονός που μας επιτρέπει να πούμε πως οι προτάσεις της κλίμακας μετρούν κάτι το ενιαίο, έναν «γενικό παράγοντα της υπερβατικότητας».

Η τιμή Kaiser Meyer Olkin (KMO) της επάρκειας του δείγματος είναι υψηλή (KMO measure of sampling adequacy= 0.73) και η υπόθεση των μηδενικών συντελεστών συσχέτισης απορρίπτεται (Bartlett's test of sphericity $p=.00$). Συνεπώς, προκύπτει ότι το μέγεθος του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε για την παραγοντική ανάλυση ήταν επαρκές και η παραγοντική ανάλυση εφαρμόζεται καθώς υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών (Δημητριάδης, 2010, Κατσής, Σιδέρης & Εμβαλωτής, 2010).

Οι παράγοντες που προέκυψαν, ερμηνεύουν το 60,7% της συνολικής διασποράς. Από την παραγοντική ανάλυση των αρχικών μεταβλητών προκύπτουν λοιπόν οι παράγοντες ως εξής:

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 7 προτάσεις (ιδιοτιμή=6.74, Cronbach's $\alpha=.87$) και ερμηνεύει το 35.48% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Συνδεδετικότητα». Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

22. Ο έπαινος των άλλων σχετικά με τα επιτεύγματά μου, μου προσφέρει βαθιά ικανοποίηση.....	(.828)
5. Όλα στη ζωή συνδέονται μεταξύ τους.....	(.794)
21. Θέλω να έλθω πιο κοντά στο Θεό, έτσι όπως τον αντιλαμβάνομαι	(.768)
19. Οι προσευχές και/ή ο διαλογισμός μου παρέχουν ένα αίσθημα συναισθηματικής στήριξης.....	(.659)
9. Έχω κάνει πράγματα στη ζωή μου, επειδή πίστευα ότι θα ευχαριστούσαν ένα γονιό, ένα συγγενή ή ένα φίλο που έχει πεθάνει.....	(.635)
10. Αν και νεκροί, οι αναμνήσεις και οι σκέψεις κάποιων από τους συγγενείς μου συνεχίζουν να επηρεάζουν τη ζωή μου στο παρόν.....	(.620)
6. Υπάρχει μια «τάξη» στο σύμπαν η οποία υπερβαίνει την ανθρώπινη σκέψη.....	(.571)

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 6 προτάσεις (ιδιοτιμή=2.93, Cronbach's alpha=.86) και ερμηνεύει το 15.44% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «*Ικανοποίηση από την Προσευχή*». Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

17. Κάνω διαλογισμό και/ή προσεύχομαι έτσι ώστε να αναπτυχθώ ως άτομο.....	(.875)
16. Αν και οι άνθρωποι σε προσωπικό επίπεδο μπορεί να είναι δύσκολοι, νιώθω ένα συναισθηματικό δέσιμο με όλη την ανθρωπότητα.....	(.808)
8. Στη γαλήνη των προσευχών μου και/ή του διαλογισμού μου βρίσκω ένα αίσθημα πληρότητας.....	(.632)
12. Αντλώ εσωτερική δύναμη και/ή γαλήνη από τις προσευχές και/ή τον διαλογισμό μου.....	(.625)
20. Νιώθω ότι σε ένα ανώτερο επίπεδο όλοι μας μοιραζόμαστε έναν κοινό δεσμό..	(.611)
4. Κάνω διαλογισμό και / ή προσεύχομαι έτσι ώστε να φτάσω σε ένα ανώτερο πνευματικό επίπεδο.....	(.576)

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 6 προτάσεις (ιδιοτιμή=1.86, Cronbach's α =.72) και ερμηνεύει το 9.81% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Καθολικότητα». Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

2. Δεν νιώθω κάποια σύνδεση με μια ανώτερη Δύναμη ή Πραγματικότητα.....	(.912)
1. Δεν έχω βιώσει ένα αίσθημα βαθιάς πληρότητας και ευδαιμονίας μέσα από τις προσευχές και/ή τον διαλογισμό μου.....	(.802)
3. Δεν πιστεύω ότι με κάποιο τρόπο η ζωή μου είναι στενά συνδεδεμένη με όλη την ανθρωπότητα.....	(.618)
7. Ο θάνατος πράγματι σταματάει το αίσθημα συναισθηματικής εγγύτητας που νιώθουμε για κάποιον	(.617)
18. Η προσευχή και/ή ο διαλογισμός δεν ασκούν ιδιαίτερη έλξη πάνω μου.....	(.599)
13. Παρόλο που υπάρχει καλό και κακό στους ανθρώπους, πιστεύω ότι η ανθρωπότητα συνολικά είναι κατά βάση κακή.....	(.435)

1.3. Παραγοντική ανάλυση του Ερωτηματολογίου του Στίγματος Δεσμού

Το ερωτηματολόγιο είναι η πρώτη φορά που χρησιμοποιείται μεταφρασμένο από την αγγλική γλώσσα στην ελληνική και μεταφράστηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Επομένως, κρίθηκε αναγκαίο να μελετηθεί η παραγοντική του δομή και η αξιοπιστία των προτάσεων του ερωτηματολογίου αυτού. Η διερεύνηση της παραγοντικής δομής του εργαλείου έγινε με την χρήση των πρωταρχικών συνιστωσών (Principal components analysis, με τη ορθογώνια περιστροφή των αξόνων (Varimax) του Ερωτηματολογίου. Η ανάλυση βασικών συνιστωσών στις 22 προτάσεις της κλίμακας στίγματος δεσμού, έδωσε 4 συνιστώσες εκ των οποίων η πρώτη έχει ιδιοτιμή (11.81), ερμηνεύει το 53.66% και φορτίζει θετικά όλες τις προτάσεις του ερωτηματολογίου, γεγονός που μας επιτρέπει να πούμε πως οι προτάσεις της κλίμακας μετρούν κάτι το ενιαίο, έναν «γενικό παράγοντα του στίγματος δεσμού».

Η τιμή Kaiser Meyer Olkin (KMO) της επάρκειας του δείγματος είναι δεκτή (KMO measure of sampling adequacy= 0,870) και η υπόθεση των μηδενικών συντελεστών συσχέτισης απορρίπτεται (Barlett's test of sphericity, $p=.00$), επομένως γίνεται φανερό ότι ο έλεγχος σφαιρικότητας Bartlett's είναι στατιστικά

σημαντικός [$\chi^2 (1128)=5442.52, p<.000$].είναι στατιστικά σημαντικός. Από την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων προκύπτουν 3 παράγοντες από το σύνολο των αρχικών μεταβλητών. Οι παράγοντες ερμηνεύουν περίπου το 73% της συνολικής διασποράς για το ερωτηματολόγιο.

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 12 προτάσεις (ιδιοτιμή= 1.1, Cronbach's alpha = .958) και ερμηνεύει το 40.12% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Συμπεριφορική διάσταση του στίγματος». Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

21. Δεν τολμώ να συμμετέχω σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την αναπηρία μη τυχόν και οι άλλοι υποψιαστούν ότι έχω παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.....	(.851)
15. Αποφεύγω να επικοινωνώ με το παιδί μου που έχει ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.....	(.840)
17. Μειώνω τη συχνότητα που βγαίνω με το παιδί μου που έχει ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.....	(.785)
19. Όταν είμαι μαζί με το παιδί μου που έχει ειδικές ανάγκες/ αναπηρία, κρατάω χαμηλό προφίλ.....	(.779)
14. Το να έχω ένα παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία επηρεάζει πολύ αρνητικά την υπόληψη μου.....	(.778)
20. Έχω μειώσει σημαντικά τις επαφές με το παιδί μου που έχει ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.....	(.770)
12. Το να έχω ένα παιδί με κάνει να σκέφτομαι ότι είμαι ανίκανος σε σχέση με τους άλλους.....	(.765)
16. Δεν τολμώ να πω στους άλλους ότι έχω ένα παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.	(.729)
13. Το να έχω ένα παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρίες με κάνει να σκέφτομαι ότι μειονεκτώ σε σχέση με άλλους.....	(.725)
11. Το να έχω ένα παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία έχει αρνητικό αντίκτυπο σε μένα.	(.723)
22. Δεδομένου ότι έχω ένα παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία έχω μειώσει σημαντικά τις επαφές με τους γείτονες μου.....	(.674)
18. Δεδομένου ότι έχω ένα παιδί με ειδικές ανάγκες/ αναπηρία, έχω περιορίσει σημαντικά τις επαφές μου με τους φίλους και συγγενείς μου.....	(.651)

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 7 προτάσεις (ιδιοτιμή=12.68, Cronbach's alpha=.923) και ερμηνεύει το 57.65% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Συναισθηματική διάσταση του δείγματος». Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

1. Αισθάνομαι κατώτερος επειδή το παιδί μου έχει ειδικές ανάγκες / αναπηρία.....	(.794)
5. Νιώθω λυπημένος που έχω παιδί με ειδικές ανάγκες / αναπηρία.....	(.695)
2. Νιώσω συναισθηματικά διαταραγμένος επειδή έχω παιδί με ειδικές ανάγκες / αναπηρία.....	(.681)
4. Αισθάνομαι ανήμπορος που έχω παιδί με ειδικές ανάγκες / αναπηρία.....	(.678)
6. Ανησυχώ για το εάν οι άλλοι μάθουν ότι έχω ένα παιδί με ειδικές ανάγκες / αναπηρία.....	(.640)
3. Η συμπεριφορά του παιδιού μου που έχει ειδικές ανάγκες / αναπηρία με κάνει να αισθάνομαι αμηχανία / άβολα.....	(.628)
7. Βρίσκομαι κάτω από μεγάλη πίεση επειδή έχω ένα παιδί με αναπηρία.....	(.622)

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 3 προτάσεις (ιδιοτιμή=1.08, Cronbach's alpha=.898) και ερμηνεύει το 4.90% της συνολικής διακύμανσης. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να οριστεί ως «Γνωστική διάσταση του στίγματος». Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

8. Οι άλλοι κάνουν διακρίσεις σε βάρος μου εάν είμαι με το παιδί μου που έχει ειδικές ανάγκες/ αναπηρία.....	(.814)
9. Η φήμη επηρεάζεται πολύ άσχημα επειδή έχω παιδί με ειδικές ανάγκες / αναπηρία.....	(.735)
10. Η στάση των ανθρώπων απέναντί μου γίνεται αρνητική όταν είμαι με το παιδί μου με ειδικές ανάγκες/αναπηρίες.....	(.689)
